AsQ
A RESPOSTA É SAÚDE

APS
Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar

Cláudia Conserva
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias
(Organizadoras)

Atena Editora
Ano 2024

AsQ

A RESPOSTA
É SAÚDE

APS
Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar

Cláudia Conserva
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias
(Organizadoras)

Atena Editora
Ano 2024

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Ellen Andressa Kubisty
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Thamires Camili Gayde
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

APS Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Cláudia Conserva
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A654 APS Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar / Organizadoras Cláudia Conserva, Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-2250-1
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.501243101

1. Atenção primária à saúde. I. Conserva, Cláudia (Organizadora). II. Dias, Vilma Regina Freitas Gonçalves (Organizadora). III. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atenção Primária à Saúde tem sido discutida como uma alternativa ao modelo de atenção em saúde na saúde suplementar. Estamos falando mais sobre isso por causa de uma necessidade extrema de adequar custos com saúde. Mas será que é apenas isso que importa? Ou isso será uma consequência desse modelo?

No Brasil temos mais de 45% da população com pelo menos uma doença crônica não transmissível, segundo dados da última pesquisa do IBGE. Normalmente olhamos para o cuidado com essas doenças quando nos deparamos com elas em situação de vulnerabilidade, em algum agravo, quando a doença já está sendo prejudicial.

A Atenção Primária à Saúde tem uma lógica diferente. O modelo está pautado no cuidado com cada condição de saúde, acompanhando o indivíduo desde o início da vida até a velhice. O cuidado é integral e coloca a pessoa no centro. É nesse modelo de atenção que passamos a promover saúde e prevenir doenças. Estímulo ao autocuidado, acompanhamento em cada etapa de nossa vida, utilizando a ciência para nos apoiar, integralmente, a uma longevidade, seja em condições hígidas de saúde ou em mais específicas, como quando temos uma doença crônica associada ou uma situação mais vulnerável em saúde.

Mas como podemos implantar esse modelo? Será que temos maturidade e confiança para entender que liberdade em saúde não significa ir aonde quisermos e a qualquer momento, tratando apenas da dor? Como podemos engajar as pessoas no autocuidado e nos benefícios que o cuidado integral traz? Como trabalhar a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado? Essas dúvidas diárias estão presentes em nosso dia a dia e trabalhar num conhecimento mais pleno sobre elas, contando com experiências de pessoas e organizações que já implantaram e operacionalizaram esse modelo tendem a nos dar a força necessária para irmos no mesmo caminho.

Este livro fez isso, reuniu pessoas gabaritadas não apenas na teoria, mas na prática. Especialistas que já vivenciaram desde a concepção, estudo da população, estratificação do risco, desenho dos protocolos e linhas de cuidado, definição de sistema de prontuário a ser utilizado, modelo da estrutura física da clínica, localização, definição da equipe técnica e dimensionamento da mesma pelo tamanho da população a ser atendida e pelas condições de saúde associadas a essa população. A proposta desta reunião de profissionais nos possibilita viajar, em cada um dos capítulos, pelas suas experiências. Ver o conhecimento técnico de cada um, associado à prática. Perceber, por meio de diversas pessoas *experts* no tema, como foi implantar o modelo de atenção primária, como tem sido engajar pessoas e como o modelo é aplicável, resguardando as diferenças que temos em nosso amplo território geográfico, nas

diversas empresas existentes e nas condições de saúde de cada público que teve o privilégio de ter esse modelo, pela visão dos especialistas aqui reunidos.

Claro que nem tudo são flores. O modelo de Atenção Primária à Saúde traz, para o seguimento da saúde suplementar, uma mudança cultural que tem um grande desafio. Imagina você, em algum momento anterior de sua vida ou até mesmo agora, ou imagine alguém de sua família ou de sua rede de amigos, saindo de um modelo de livre acesso, sem coordenação de cuidado, para o de atenção primária. Quando penso nisso percebo o quanto já temos, pelo prisma das pessoas que utilizam o serviço de saúde, um grande desafio. Não é simples engajar para essa mudança. E isto, com certeza, é a grande chave de sucesso para que o modelo venha a ter mais força e êxito em sua implantação. As dores de uma implantação, as ações realizadas que agregaram valor e deram certo e as que não deram, também serão abordadas aqui pelos especialistas que fazem dessa obra a melhor que já vi sobre o tema.

Uma coisa é certa: a mudança é necessária para que tenhamos mais saúde e uma sustentabilidade do setor. E essa mudança pode ser estimulada e praticada por cada um de nós, na condição de pessoas que utilizamos o serviço de saúde, como líderes em organizações que têm oferecido serviços de saúde, na posição de empresários que, de certa forma, sustentamos a saúde que oferecemos aos funcionários e familiares das empresas onde atuamos.

O dia é hoje, a hora é agora e o conhecimento técnico e as experiências estão reunidas aqui como fonte de motivação para sermos agentes de mudança, deixando um legado para a sociedade que leva a um melhor cuidado, à longevidade e à qualidade de vida e bem-estar. Você faz parte disso e o desejo é que tenhamos apenas uma coisa: SAÚDE!

André Machado

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Daniela Moraes Morelli

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma síntese contextual dos Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) e de seus Modelos Assistenciais em alguns países, assim como mostrar elementos de como a Atenção Primária à Saúde (APS) é operacionalizada. Optou-se por não escrever sobre o Brasil, já que esta construção faz parte da história de todos nós e, portanto, do conhecimento de muitos leitores.

A organização dos SAS, no mundo, acompanha a trajetória científica, política, social e econômica dos diferentes países, uma vez que, para operacionalizá-los é preciso a tomada de decisão política de como eles poderão ser executados. E, embora as questões políticas definidoras deste processo tenham grande relevância na qualidade da APS, não configuram objeto de estudo neste capítulo.

O delineamento estratégico da APS é traduzido no conjunto de leis, normas e diretrizes de cada país e deveria guardar estreita relação com as necessidades sociais em saúde da população como um todo, além de contemplar logística para fácil acesso e transparência nos indicadores econômicos e sanitários.

Pelo momento vivido em decorrência da pandemia de COVID-19, os indicadores de APS estão em processo de atualização. Sabe-se que os anos 2020 e 2021 foram marcados pelo atendimento prioritário aos pacientes com quadro de COVID-19, enquanto outras demandas, deixadas para segundo plano. O impacto da modificação, consequente da emergência sanitária, se observa através do agravamento de algumas patologias crônicas, atraso em alguns diagnósticos, dificuldade de acesso ao médico e equipe gestora do cuidado e implementação do uso de atendimento virtual – tecnologia que, apesar de ajudar quanto ao acesso, se concentra amplamente no atendimento pontual, centrado na queixa e não na coordenação de cuidado, entre outros[1].

SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os SAS são um complexo e dinâmico conjunto de partes, como o governo, as operadoras, os fornecedores e os demais provedores de serviços, inter-relacionados e interdependentes.[2,3] Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este conjunto tem como propósito promover, restaurar e manter a saúde de uma população.[4] Cada país, por meio do seu governo, tem a autonomia para regular e organizar seus SAS, visando responder às necessidades em saúde da sua população, traduzidas pelas demandas e representações, em certo tempo e lugar.

A maioria dos países na América Latina conta com sistema de saúde misto. No Brasil, por exemplo, ele é composto pelo segmento público – o Sistema Único de Saúde (SUS) – e o privado, conformado pela Saúde Suplementar (englobando as Operadoras de Planos de Saúde – OPS), e o desembolso direto[5]. Importante ressaltar que a Constituição Federal do Brasil[6] prevê a participação do setor privado de forma complementar ao SUS.

Para Mendes[7], os SAS apresentam cinco objetivos: 1) Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; 2) Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; 3) Acolhimento humanizado de todos os cidadãos; 4) Garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; e 5) Garantia da prestação de serviços com eficiência.

Historicamente, os SAS se organizam de forma fragmentada[8] gerando dificuldade no acesso e na coordenação do cuidado, ou seja, na gestão efetiva da saúde das pessoas e na mensuração dos resultados, trazendo como consequência maior custo e desperdício ao sistema. Observa-se, ainda, a lentidão dos SAS para adaptar-se às mudanças do perfil epidemiológico, cuja predominância de morbimortalidade deixou de ser as doenças infecciosas associadas às carências primárias, dando lugar as doenças crônicas não transmissíveis e lesões[5], exceto em situações de pandemia, como a do COVID-19, que teve início em 2020.

A falência quanto à organização do sistema de atenção também é constatada na Saúde Suplementar (SS). No Brasil, de forma geral, a rede de prestadores segue atuando de forma fragmentada e com baixa coordenação de cuidado. A cada ano este mercado vem sentindo a necessidade de alterar o modelo de atenção à saúde, e deixa de atender pontualmente os problemas apresentados pelas pessoas, passando a um padrão de cuidado mais sistematizado com a atenção integral à saúde[9].

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento de todos os integrantes da cadeia de cuidado no setor. São, segundo Paim[10], formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho, cujo propósito é

intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Portanto, são a maneira como se estruturam, em determinados espaços-população, os serviços de saúde, incluindo unidades prestadoras de serviços de diversas complexidades tecnológicas, e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas.

Mendes[8], ao analisar o Sistema de Saúde brasileiro, diz que *"os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade".*

Atualmente, em função da pandemia do COVID-19, os sistemas de saúde, que lentamente estavam se adaptando para dar atenção às condições crônicas, se obrigam a focar na emergência sanitária, derivada de uma doença infecciosa. Neste contexto, o grande desafio é garantir que ambos os modelos de atenção funcionem integradamente, para responder às necessidades das populações.[11]

Como mencionado, no sistema de saúde brasileiro coexistem dois segmentos: o público e o privado. Cada um com definições, regulamentações e organizações específicas. No privado, tema deste livro, o modelo de atenção à saúde mais praticado ainda é o curativo, com foco nos cuidados pelas especialidades, pelos hospitais e com elevado nível de intervenções, ou seja, *"um modelo médico produtor de procedimentos, onde a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nas condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas"*.[12]

Malta[12] observa que para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes com a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua (com base nas características epidemiológicas), trabalho em equipe, de qualidade e com transparência dos resultados adequadamente avaliados.

Esse novo modelo advoga que, para inovar o processo de organização do sistema de saúde, é necessário ter a APS como orquestradora e redirecionar suas ações e serviços para o desenvolvimento das RAS, que precisam ser capazes de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.[8,13] As organizações internacionais de saúde[14,15] apoiam e fomentam a remodelação do modelo de atenção centrado na APS como primeiro ponto de contato, conhecido como porta de entrada ao sistema de saúde. Como estratégia, vislumbra atender a toda a população, ser acessível e brindar a atenção centrada na pessoa, envolvendo os níveis primário, secundário, terciário e quaternário de prevenção

e estar articulada com os demais provedores de cuidado, configurando uma rede sanitária integrada.[14,15]

A APS trabalhada neste capítulo será aprofundada ao longo deste livro e está fundamentada nos atributos essenciais de acessibilidade e primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e a integralidade, além dos atributos derivados de atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.[16]

A equipe de Saúde da Família (eSF) é o alicerce em termos de recursos humanos dentro da estratégia de APS e da estrutura das unidades de atenção primária[17], que se desenvolve no contexto microssocial (grupo familiar) e está centrada nas necessidades da população, na continuidade, na longitudinalidade da atenção e na articulação com as demais especialidades (coordenação do cuidado). A eSF está formada, em geral, por médicos das especialidades básicas, além de profissionais da enfermagem — pode-se, porém, complementar com especialistas, a depender do perfil epidemiológico da população, dos recursos para suportar o seu custo e desde que sejam referenciados pelas equipes de saúde da família. Outras categorias profissionais também podem compor a equipe de APS, tais como: nutrição, psicologia, odontologia e serviço social, entre outras, de acordo com o perfil de cada população e recursos disponíveis. [14,17,18]

Organizações como a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ressaltam que *"a composição da equipe de APS deve ajustar-se às características concretas do sistema e à comunidade que atende. Portanto, não existem modelos universais que permitam descrever uma composição válida para todos os lugares e contextos sociais".* [18]

SISTEMA DE SAÚDE E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: REVISÃO DE ALGUNS PAÍSES

Os sistemas de saúde são caracterizados por sua alta heterogeneidade em termos de acesso, cobertura, equidade, estruturas organizacionais, financiamento e resultados. Mas, apesar de já haver transcorrido mais de quatro décadas da Declaração de Alma-Ata, a APS ainda não é o eixo da maioria dos sistemas como se esperava, mesmo sendo continuamente foco de debate. Dados da OMS indicam que, em 2017, somente 50% da população mundial contavam com cobertura universal. [19]Nesse cenário, o desenvolvimento da estratégia da APS tem sido desigual nos diferentes países.

Na região das Américas, as principais causas da baixa cobertura de saúde são macroeconômicas (baixo nível de desenvolvimento e alta incidência de desemprego), legislativas (a maioria dos países não torna a cobertura obrigatória para todos os grupos populacionais; exceto Brasil, Cuba e Colômbia)[20], força de trabalho (alta informalidade, desemprego e subemprego), política (instabilidade, crise, falta de compromisso), cultural (analfabetismo, diferenças linguísticas), social (desigualdade étnica e de gênero), geográfica (grande população rural, áreas pouco desenvolvidas) e financeira (volatilidade, poucos recursos fiscais, baixa capacidade tributária).[21]

Argentina

Argentina é um país federal, dividido em 24 estados (províncias), que atualmente vivencia uma forte instabilidade econômica[22]. O ano de 2020 foi marcado pela maior queda do Produto Interno Bruto (PIB) desde a crise político-econômica de 2001. Estima-se que, dos 45 milhões de cidadãos, 40% da população se encontra na linha de pobreza e 10%, na de indigência[23].

O sistema de saúde argentino[24] é misto e descentralizado, dividido em três subsetores: público, seguridade social e privado. O primeiro é encabeçado pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), financiado por meio de impostos, incorporado ao orçamento nacional e estadual, e cobre aproximadamente 36% da população (que não conta com nenhum outro tipo de acesso a serviços de saúde). O segundo, da seguridade social (Obras Sociales), oferece cobertura a aproximadamente 60% dos argentinos e está financiado, essencialmente, pelos aportes obrigatórios dos trabalhadores e por contribuições dos respectivos empregadores. Calcula-se que existem atualmente 311 seguros diferentes (regulados pela Superintendência de Serviços de Saúde) e que exibem importante heterogeneidade na qualidade dos serviços cobertos por eles[25]. Por fim, com cerca de 13% de cobertura, o subsetor privado (Prepagas) é financiado pelos aportes voluntários dos afiliados, a partir da contratação de planos de saúde. Vale ressaltar que cerca de 10,4% da população tem mais de uma cobertura (obra social + seguro privado).[26]

A coexistência dos três subsetores caracteriza uma complexa fragmentação e desarticulação do sistema de saúde argentino e é um dos obstáculos para o avanço na implementação de estratégias, como a APS.

Na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em 2018, 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, o governo argentino assumiu a necessidade de reorganizar e fortalecer a APS.[27]

No subsetor público, os centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS) são as unidades efetoras de atendimento aos cidadãos dentro de sua área de cobertura (população adscrita), que, em geral, não têm cobertura em qualquer dos outros dois subsetores (seguridade social e privado). Existe consenso suficiente, entre os 24 estados argentinos, sobre as virtudes de cada cidadão ter um estabelecimento de saúde de referência único, pois favorece o conhecimento integral da equipe sobre a população responsável e sobre os determinantes sociais de sua saúde, porém, como cada estado implementa suas políticas públicas no setor, é díspar.[28]

Por outro lado, no subsetor privado[29], a Argentina tem um exemplo pioneiro e exitoso de implementação da APS, através do serviço de medicina de família do Hospital Italiano de Buenos Aires, que conta com mais de 30 anos, cujo modelo organizacional de prestação de serviços está sustentado pelos seguintes aspectos:

a) Profissionais treinados em atenção primária e medicina preventiva. O médico de família, chamado pelos assegurados de médico de cabeceira, é o primeiro contato com os sistemas de atenção e o responsável por um grupo definido de pacientes (em média 1000 pessoas/médico);

b) Integração clínica e suporte informático para a coordenação e continuidade ao longo dos distintos níveis de atendimento. O acesso ao médico de cabeceira é direto e ele é o responsável pelo encaminhamento aos especialistas e, também, pelo seguimento longitudinal do paciente. Existe a possibilidade de acessar diretamente aos especialistas (sem referência) pagando uma elevada coparticipação;

c) Gestão de utilização de serviços médicos e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, através das Unidades Docente-Assistenciais (UDAs). Estas são "células" do sistema de gestão da qualidade do serviço de medicina familiar, homogêneas em quantidade de médicos e de pacientes. Cada UDA reúne entre 12 e 14 médicos que atendem, aproximadamente, de 10.000 a 15.000 pacientes;

d) Remuneração composta por pagamento por vida (90%), por desempenho em base a indicadores de qualidade das UDAs (10%)[30] e por qualidade do desempenho dos serviços de APS.

Chile

O Chile é um país em desenvolvimento, economicamente estável, com aproximadamente 19 milhões de habitantes. O Estado chileno é unitário e democrático, com administração funcional e territorial descentralizada, dividido em 15 regiões, 54 províncias e 346 comunas.[31]

O sistema de saúde chileno é composto por dois setores: o Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que é público e cobre aproximadamente 70% da população; e as Instituciones de Salud Previsional (Isapre), privadas e conformadas por empresas responsáveis pela venda dos seguros e pela prestação de serviços. Os seguros são utilizados pelas camadas economicamente mais favorecidas e com demandas de menor risco aos serviços. As Isapre têm convênios com clínicas privadas e vários tipos de profissionais. Ainda assim, existem alguns convênios para a atenção dos assegurados pelo Fonasa com prestadores privados. Os planos oferecidos pelas Isapre possuem, principalmente, serviços curativos não orientados pela APS.[32]

Segundo Oliveira[31], *"nos anos 2000, o governo Lagos implementou a reforma do setor de saúde a partir de cinco projetos, modificando aspectos relacionados às funções de organização do sistema, regulação do subsistema privado, ampliação de fontes de financiamento e inclusão de novos problemas de saúde na prestação de serviços[12] que não alteraram a dinâmica do mix público-privado".* Após a reconfiguração do sistema, estabeleceram-se as principais características do modelo de financiamento e de atenção à saúde. Os trabalhadores optam entre afiliar-se ao Fonasa (por meio da contribuição

obrigatória de 7% do salário) ou a uma Isapre. Todavia, a depender da renda e do subsistema, devem ser efetuados copagamentos.[31] A partir da reforma, firmou-se o modelo de Atenção Integral à Saúde, a ser operado pela equipe de APS e sustentado por três princípios: centralidade nas pessoas, integralidade da atenção e continuidade do cuidado.[33,34]

Os estabelecimentos, e serviços com a estratégias de APS, disponibilizados a um município ou comuna, podem variar de acordo com o grau de integralidade do atendimento e responsabilidade da população: Centros de Saúde da Família (Cesfam), Centro Comunitário de Saúde da Família (Cecosf), Posto Rural e Posto Médico Rural.[34,35]

A setorização é a estratégia utilizada para organizar a área de cobertura de um Cesfam, e corresponde à subdivisão de uma área geográfica, com critérios definidos, tais como: quantidade de famílias cadastradas, características geográficas-administrativas e risco biopsicossocial. Embora a quantidade de equipes depende das características da área, idealmente não devem ser atribuídas mais de 5.000 vidas registradas por setor, ou seja, cada médico pode ser responsável por 5.000 pessoas, no máximo. O Ministério da Saúde tem como meta que um médico atenda 3.330 pessoas em 44 horas semanais de trabalho. No Chile, 9% dos médicos se dedicam à APS[36] e, no Brasil, 1,7% possuem a especialização em medicina de família e comunidade.[37]

O modelo integral com enfoque familiar e comunitário fundamenta-se no fato de as equipes de saúde cuidarem de uma população (vidas), em um trabalho colaborativo e solidário com ela, o que impõe demandas às equipes no que diz respeito ao conhecimento da população-alvo em toda a sua diversidade sociocultural, gênero e determinantes sociais da saúde.[32-34] Os profissionais, técnicos e gestores se encarregam do cuidado de uma população ao nível de prevenção de doenças e agravos, da promoção, recuperação e reabilitação da saúde. É exigido formação adequada para atender às necessidades da população inserida. Uma equipe básica de APS deve ser composta por enfermeiro, técnico paramédico, médico, parteira e assistente social.[34]

No segmento privado, o financiamento é feito por: a) desembolso direto (copagamentos, medicamentos e consultas particulares); b) contribuições do seguro social obrigatório dos trabalhadores e empresas (7% do salário); c) por contribuições adicionais do seguro privado. E o modelo de pagamento aos prestadores, independentemente do nível da atenção, é o de pagamento por serviço.[32,36]

Moraga-Cortés[32] apontou que a proporção do gasto em APS no Chile, sobre o custo total com saúde, foi quantificada em 10,4% para o ano de 2012, demonstrando pouca prioridade desta estratégia de atenção na distribuição nacional dos recursos e a grande brecha com a orientação da OPAS para que as nações da região invistam, pelo menos, 30% dos recursos na APS. Os sistemas de saúde que promovem o livre mercado têm dificuldades maiores para a expansão da APS, dada a composição público-privada da rede de prestadores e a segmentação da população pertencente aos diversos tipos de seguros, aponta a autora.

Cuba

Cuba vem passando nos últimos dez anos por um complexo processo de reformas político-econômica, agravado pela pandemia de COVID-19, que impactou na redução de 10% do PIB per capta, em 2020[38,39]. Mesmo com o desgaste econômico, observa-se que o sistema de saúde cubano, que é universalista na cobertura aos seus 11 milhões de habitantes[39], mostrou um evidenciado rendimento na gestão da pandemia.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS)[41] representa o modelo universalista e a natureza da estrutura política de Cuba, nascida a partir da Revolução de 1959, que estabelece que o Estado regule, financie e preste serviços de saúde para toda sua população, integrado verticalmente (entre funções) e horizontalmente (para todos).

O Estado é o principal prestador de serviços, por meio de unidades de saúde próprias e equipes assalariadas. O SNS cubano garante o acesso a atendimentos integrais de saúde prestados em unidades ambulatoriais e hospitalares. O alto grau de socialização e compromisso com o serviço comunitário, com ênfase na prevenção, é complementado pelo controle – exercido por meio de organizações sociais e comunitárias – sobre as atividades dos profissionais de saúde que representam 6,8 % da população em idade laboral, e 70,3% são mulheres.[42]

O benefício se concentra na APS com base em um programa de médico e enfermeira de família (MEF), que deve resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população e oferecer cuidado integral à saúde.[41,42] Embora essas atividades possam ser realizadas em qualquer unidade do SNS, ocorrem principalmente em policlínicas e consultórios de médico de família, de subordinação municipal.

Em Cuba, a medicina de família é o eixo da estratégia de APS e se baseia numa abordagem ampla, da promoção à reabilitação da saúde. É operacionalizada por uma equipe básica (um médico e uma enfermeira de família), um especialista em medicina interna, ginecologia e obstetrícia, pediatra, psicologia, estomatologista e técnico(s) estatístico(s).[42]

Cada Clínica MEF (médico de família e enfermeiro) atende de 600 a 700 pessoas (120 a 140 famílias), organiza o trabalho de acordo com as necessidades da população e possui processo organizado, contínuo e dinâmico, que permite a avaliação da intervenção planejada sobre a situação de saúde dos indivíduos e famílias, bem como a classificação em grupos de acordo com a condição de supostamente sadio, em risco, doente ou incapacitado.[41] A divisão da área de saúde da família é bastante heterogênea, pois considera aspectos como acessibilidade, vias de comunicação, distribuição entre as áreas urbana e rural, condições ambientais e socioeconômicas.

Em Cuba, existem, para atender os mais de 11,2 milhões de habitantes (sendo 49,7% homes e 50,3% mulheres), 150 hospitais que disponibilizam 5,5 leitos/1.000 habitantes (Brasil disponibiliza 2,0 leitos/1.000 habitantes)[35]. Possui 8,66 médicos/1.000 habitantes (Brasil, 2,48 médicos/1.000 habitantes); 449 policlínicas, 113 clínicas odontológicas e dez

serviços de urgência (maior resolutividade, com possibilidade de ingresso e estabilização, com retorno ao domicílio)[41]. Há em Cuba, ainda, 53 serviços de geriatria e 30 centros médicos psicopedagógicos, além de mais de 300 locais específicos para idosos.[42,43]

Conforme o Anuário Estatístico de 2021[42], a taxa de habitantes por médico é de 108 por 10.000 habitantes, sendo 92,7 médicos. A cobertura de odontólogos é de 18,4 por 10.000 habitantes. O total de consultas médicas foi de 9,1 por habitante/ano e, na APS, 86% dos atendimentos foram realizadas pelos médicos de família.

Os desafios que o sistema de saúde cubano enfrenta, ao contrário de muitos países das Américas, não estão na implementação da APS, uma vez que ela é o principal eixo na organização do sistema de saúde cubano. Os obstáculos se concentram em adaptar-se às mudanças do perfil epidemiológico da população com aumento da cronicidade das doenças que demandam serviços médicos especializados e de alto custo.

Espanha

Espanha é um país membro da Comunidade Europeia. É um Estado social e democrático de direito, cuja organização territorial se caracteriza pela descentralização e autonomia das suas 19 comunidades. Nas últimas décadas, este país vinha experimentando um incremento populacional, em grande parte como consequência da imigração. Em 2020, excepcionalmente, houve um decréscimo e, assim, alcançou 47 milhões de habitantes em 2021. Seu PIB a posiciona no 14º lugar no mundo, ainda que seu volume tenha sofrido uma forte queda (10%) durante a pandemia de COVID-19.[44]

O sistema de saúde espanhol é misto. O subsetor público é gratuito e universal, fornecido pelo Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Insalud). No subsetor privado, o indivíduo pode aderir a um seguro de saúde (denominados mútuas), que tem sua própria rede de hospitais, clínicas e laboratórios. Segundo dados da Universidade Estadual Paulista (Unesp), duas em cada dez pessoas têm seguro privado naquele país[45]. Os trabalhadores, mesmo que contratem seguro privado, devem seguir com a sua contribuição à seguridade social.

O custo com a saúde na Espanha é de 8,9% do PIB e o setor privado representa 29,5% do total gasto.[46] Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastaram a média de 10,1% do PIB e o Brasil, 8% (4,4% vêm de gastos privados e 3,8%, de gastos públicos).[47]

O sistema público está organizado em três níveis e se baseia no princípio de que toda pessoa tem direito à saúde, independentemente de sua situação econômica e laboral.[46] É do Estado toda a responsabilidade de garantir esse direito, administrando e financiando serviços que integrem, ordenem e normalizem as funções de saúde, incluindo as consultas, a urgências e medicamentos, por meio do Insalud.[45] As principais características do modelo espanhol são:

a) Universalização mediante cobertura de 100% da população, independentemente de sua situação econômica e de sua filiação à previdência social;

b) Acessibilidade e descentralização por meio da regionalização da saúde para garantir a equidade no acesso aos atendimentos, a partir da localização dos diferentes serviços de saúde o mais próximo possível de onde vive e trabalha a população;

c) Descentralização da gestão dos recursos de saúde e o envolvimento da comunidade na tomada de decisões sobre a gestão dos gastos e a forma como os serviços são utilizados;

d) Atenção Primária à Saúde como estruturante da atenção à saúde.[45]

A APS disponibiliza à população uma série de serviços que podem ser acessados em cerca de 15 minutos do local de residência. Dada a sua disposição na comunidade, as tarefas de promoção da saúde e prevenção de doenças são confiadas a este nível. Os cuidados de saúde são agendados ou atendidos como urgentes, e independentemente do local do atendimento, incluem a indicação ou prescrição e execução, quando apropriado, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os atendimentos são realizados por equipes multiprofissionais compostas por médicos de família, pediatras, enfermeiros e pessoal administrativo, podendo, ainda, contar com assistentes sociais, parteiras e fisioterapeutas.[46,47]

Paralelamente, segundo estimativas, o subsetor privado de saúde assiste a 15% da população, podendo ser usado como complemento ou alternativa ao sistema de saúde público.[48] Este setor tem tido crescimento e cinco seguradoras concentram mais de 70% das vidas.[49]

As seguradoras privadas possuem suas próprias redes de prestadores, sem que o segurado precise esperar muito para ser atendido, e contribui para desafogar o sistema público, em especial as listas de agendamento. O tempo de espera para exames de imagem, no setor privado, é de no máximo dez dias. Para cirurgias eletivas, a média é de 30 dias e, entre o diagnóstico e tratamento de câncer (mama, pulmão e cólon), de 15 dias. Estima-se que o custo por paciente/ano foi de 1.291 Euros, em 2019. Em 2018, o setor privado contou com 57% dos hospitais e mais de 32% dos leitos existentes no país. [49]

Segundo o relatório IDIS[48], o setor privado é um grande aliado do público e esta cooperação é um grande pilar para garantir a sustentabilidade da assistência na Espanha. Ambos os setores trabalham para criar uma única rede assistencial, acessível e de excelência. A experiência da parceria vivida na pandemia da COVID-19 trouxe maior fortalecimento para esta ideia.

Reino Unido

O Reino Unido é formado por quatro países: Inglaterra, Escócia, Gales e Irlanda do Norte. É membro do G8 e se caracteriza como o segundo mercado financeiro do mundo. Apesar da forte queda do PBI (9%) em 2020, marcada pela pandemia de COVID-19 e pelo Brexit[50], mostrou boa capacidade de recuperação no decorrer de 2021 (6%).[51]

O Sistema Nacional de Saúde (NHS, do inglês National Health System) é responsável pela atenção sanitária dos 67 milhões de habitantes do Reino Unido[52], respeitando a divisão territorial de cada país constituinte, e oferece cobertura universal e gratuita a praticamente toda a população (92%), e as principais características da APS têm sido constantes desde a criação do NHS, em 1948.

A atenção primária se desenvolve a nível comunitário por meio dos centros de saúde, onde atuam, em média, de quatro a seis médicos generalistas, chamados GPs (do inglês, general practitioner), enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e oftalmologistas. Juntos, resolvem aproximadamente 90% das consultas pela metade do custo do seu equivalente em atendimento hospitalar.[53,54]

Os GPs equivalem aos médicos de família; são profissionais autônomos que prestam serviços ao NHS. Isso implica a responsabilidade efetiva de administrar o centro de saúde como uma pequena empresa. Assim, seus honorários dependem da receita apurada, em pagar seus próprios impostos e não receber benefícios como auxílio-doença, férias e maternidade. Neste sentido, além de estarem envolvidos com o trabalho clínico, compartilham a responsabilidade para a tomada de decisões para a gestão do centro de saúde, incluindo os aspectos financeiros e recursos humanos, entre outros, de modo a garantir um atendimento de alta qualidade à população de sua área de cobertura. Algumas instituições contam com um gerente de negócios, que cumpre funções de gestão financeira, estratégia e política de prática, desenvolvimento de serviços e recrutamento.[53,54]

A inscrição no NHS se realiza por meio dos GPs, num centro de saúde conforme o código postal da residência do indivíduo.[55] Há uma divisão estrita entre atendimento primário e especializado. O acesso à atenção hospitalar ou a consultas com os especialistas depende da derivação do GPs. Algumas exceções incluem o atendimento no pronto-socorro e em serviços de saúde sexual.

A maior parte da receita dos GPs deriva de contratos com o NHS. Aproximadamente, 70% da receita da prática vem de capitação (na Inglaterra, a soma nacional per capita, em 2021/22, é de £96,78 por paciente ponderado, com um adicional de £2,18 por paciente registrado para consultórios em Londres). Outros 20% dependem de taxas de pagamento por desempenho (P4P) por meio do QOF (do inglês Quality and Outcomes Framework) e o restante de prestações específicas, como no caso de prestar cuidados às pessoas sem abrigo ou em residências para idosos.[56]

O conjunto de 68 indicadores se relacionam ao atendimento clínico e à experiência do paciente. A metodologia de avaliação do P4P é complexa e está passando por mudanças em consequências da pandemia. Como exemplo, cita-se a alteração das prioridades do QOF, para todas as práticas em 2021/22, feitas pelo NHS da Inglaterra. Todos os detalhes sobre o QOF[57], as mudanças realizadas e os resultados anuais podem ser consultados no site do NHS Digital, conforme indicações a seguir:

a) England: https://qof.digital.nhs.uk/;

b) Escócia: https://www.isdscotland.org/Health-Topics/GeneralPractice/Quality-And-Outcomes-Framework/;

c) Gales:https://gov.wales/general-medical-services-contract-quality-assurance-and-improvement-framework;

d) Irlanda do Norte: https://www.health-ni.gov.uk/topics/doh-statistics-and-research/quality-outcomes-framework-qof.

Sendo a APS a porta de entrada ao sistema de saúde britânico, o GP representa o seu principal suporte ao prestar atenção primária e referenciar, se necessário, os demais níveis de atenção, de acordo com a complexidade. O NHS local, coordena e organiza os registros médicos de todos os níveis de cuidados para permitir que os GPs ofereçam uma gestão ativa da saúde da sua população adscrita. No prazo de seis meses, após a inscrição no sistema de saúde, as pessoas devem passar por um exame para planejar o cuidado necessário e o acompanhamento, e dois terços das pessoas têm pelo menos uma consulta de cuidados primários por ano. A inscrição gera um perfil da população da abrangência de cada centro de saúde, que é usado para planejar serviços e permitir o pagamento por capitação, como explicado anteriormente.[58]

Dado que as listas de espera do sistema público, às vezes, são extremamente longas, uma parte da população (entre 10% e 13%) possui, adicionalmente, um seguro privado de saúde, seja uma apólice de saúde individual ou familiar. Em geral, o seguro privado é um benefício oferecido pelos empregadores e a proporção da população da cobertura privada varia de acordo com a distribuição geográfica.[58]

Os serviços privados de saúde não estão regulados pelas mesmas regras do NHS, embora tenham a obrigação legal de manter padrões mínimos de qualidade e segurança na atenção, regulados por organismos específicos em cada país constituinte do Reino Unido (Care Quality Commission – England[59], Healthcare Improvement – Scotland[60], Healthcare Inspectorate Wales[61] e Regulation and Quality Improvement Authority – North Ireland[62]). A seguir é apresentado um quadro resumo (Quadro 1) para fins de comparação.

PAÍS	POPULAÇÃO	MODELO PREDOMINANTE DO SISTEMA DE SAÚDE	SETORES DO SISTEMA DE SAÚDE	PROVEDORES DO SISTEMA DE SAÚDE	ESTRATÉGIA DE APS
ARGENTINA	45.195.774	Misto	Público	SNS (Federal - saúde é competência dos estados)	APS seletiva (intervenções sanitárias destinadas a grupos de risco específicos, por exemplo, materno-infantil)
			Seguridade Social	Obras Sociais	A APS não é a estratégia adotada.
			Privado	Seguradoras privadas ("prepagas")	A APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade, com poucas exceções, como pioneiro modelo de medicina de família do Hospital Italiano de Buenos Aires.
CHILE	19.116.201	Privado	Público	Fundo Nacional de Saúde (FONASA)	Sistema público, APS adotada Centros de Saúde da Família (CESFAM)
			Seguridade Social	Mutuais	Centro Comunitário de Saúde da Família (CECOSF)
			Privado	ISAPRE Seguradoras privadas	A APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.
			Forças Armadas	Prestadoras das forças armadas	
			Sem cobertura		
CUBA	11.326.616	Universitária	Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Sistema público, APS adotada Consultório de Medico e Enfermeira da Família (MEF)
ESPANHA	46.754.778	Universitária	Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Centros de Salud y Centros de Especialidades
			Privado	Seguradoras privadas	Sistema privado a APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.
REINO UNIDO	97.886.011	Universitária	Público	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	APS adotada Centros de Saúde com equipe de medicina de família
			Privado	Seguradoras privadas	Sistema privado a APS não é a estratégia adotada. Prestação centrada na atenção hospitalar de alta complexidade.

Quadro 1: Síntese comparativa das características dos sistemas de saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base nas referências consultadas.

REFERÊNCIAS

1. Borges KNG, Oliveira RC, Macedo DAP, Santos JC, Pellizzer LGM. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago" [Internet]. 2020 [acessado em 2022 Jan 22]; 6(3):e 6000013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-em-individuos-com-doencas-cronicas.pdf

2. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Sistema de salud. [acessado em 2022 jan. 25]. Disponível em: https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%20se%20presenta%20una,privados%2C%20y%20d)%20modelo%20asistencialista

3. Lobato LVC, Giovanella, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

4. World Health Organization (WHO). The World health report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization.

5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para Entender O Pacto Pela Saúde [Internet]. 2006 [acessado em 2022 jan. 21]. Volume I Portaria GM/MS 399/2006 e Portaria GM/MS 699/2006. Disponível em: nota técnica 06/2006 http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2006-06.pdf

6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

7. Mendes EV. Os sistemas e serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [acessado em 2022 Jan 13] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

9. Dias VRF. O trabalho dos enfermeiros na Saúde Suplementar com Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira SRS. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1.ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.237 – 252.

10. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho. Epidemiologia & Saúde, 5ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-487.

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud [Internet] 2021. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

12. Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):433-444, [Internet] 2004. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1054.pdf

13. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo [Internet] 2008 [acessado em 2022 Jan 12]: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. ISBN 978 92 4 3563732. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

15. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © [Internet] 2007 [acessado em 2022 Jan 15]. ISBN 92 75 32699 1. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf

16. Starfield B. Primary Care: concept, Evaluation and Policy. New York. Oxford. Oxford University Press. 1992.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. Estratégia Saúde da Família (ESF). [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/esf/

18. Organización Panamericana de la Salud (OPAS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas Nº1. Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria en Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. OMS/OPS, 2008

19. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019: documento de síntesis. World Health Organization. [acessado em 2022 jan. 20]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/328919

20. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe [Internet] 2020. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/740f9640-es/index.html?itemId=/content/publication/740f9640-es

21. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018 Sep 24;42: e 104. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2018.104.

22. Banco Mundial (AR). Argentina: panorama general [Internet]. Modificado em 4 de out. 2021. [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: https://www.bancomundial.org/es/country/argentina/overview#1

23. Banco Interamericano de Desarrollo Oportunidades para un mayor crecimiento sostenible tras la pandemia. Disponível em: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Informe-macroeconomico-de-America-Latina-y-el-Caribe-2021-Oportunidades-para-un-mayor-crecimiento-sostenible-tras-la-pandemia.pdf

24. Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas [Internet]; 2020 [acessado em 2022 jan. 16]. (14)155-179. Disponível em: https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536

25. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Programa Médico Obligatorio (PMO). Superintendencia de Servicios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; [Internet] 2020. [acessado em 2022 jan. 15]. Disponível em: https://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivos/ documentos/PMO.pdf

26. Argentina. Oficina de Presupuesto del Congreso. Caracterización del sistema de salud Argentino. Datos de % de cobertura [Internet] 2021. [acessado em 2022 jan. 15]. Disponível em: https://www.opc.gob.ar/evaluacion-politicas-de-gobierno/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/

27. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Rubinstein A. Inauguración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud 25-10-2018. [Internet] 2018. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/noticias/rubinstein-inauguro-la-conferencia-internacional-sobre-atencion-primaria-de-la-salud

28. Rubinstein A. Sistema de Salud Argentino. Hacia una agenda de reformas pendientes. Cece. [Internet] 2021. [acessado em 2022 jan. 14]. Disponível em: http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/hacia-una-agenda-de-reformas-pendientes-en-el-sistema-de-salud-argentino.pdf

29. Rubinstein A, Rubinstein F, Botargues M, Barani M, Kopitowski K. A Multimodal Strategy Based on Pay-Per-Performance to improve Quality of Care of Family Practitioners in Argentina. J Ambulatory Care Manage Vol. 32, No. 2, pp. 103–114. 2009.

30. Rubinstein A. Promoviendo la Efectividad Clinica para la Medicion de Resultados: ¿Una ciencia básica de la práctica médica? Med. Basada en Evidencia. Vol.2-No. 6. 2001.

31. Oliveira SC, et al. Relações público-privadas no sistema de saúde do Chile: regulação, financiamento e provisão de serviços. Ciência & Saúde Coletiva, 26(10):4529-4540, [Internet] 2021. [Acessado em 2022 jan. 10]. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n10/4529-4540/#

32. Moraga-Cortés F, et al. Gasto em atenção primária à saúde no Chile. Cad. Saúde Pública [Internet] 2021; 37(3):e00244719 [acessado 2022 Jan 10]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/xGxL3ZkFTGVgvft7jNvdcTS/?format=pdf&lang=pt

33. Dois A, Bravo P, et al. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Rev Med Chile. 2016;144(5):585-92.

34. Chile. Superintendencia de Salud. Chile [Internet]. Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile [acessado em 2022 jan. 17]. Disponível em: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html

35. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. El camino a centro de salud familiar. Ministerio de Salud. 2008.

36. Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. [Internet] 2016. [Acessado em 2022 Jan 13]. Disponível em: http://www.clinicasdechile.cl/wpcontent/uploads/2016/03/Dimensionamiento-2016_2-.pdf/

37. Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, [Internet] 2020. [acessado em 2022 Jan 18] 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

38. República de Cuba. Banco Central de Cuba. Estudio Económico de Cuba 2021 (I). [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: https://www.bc.gob.cu/noticia/estudio-economico-de-cuba-2021-i/1289

39. Lópes-Ley A. CUBA 2021: Reto sanitario, reforma económica y relaciones con Estados Unidos. Fundación Carolina. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2021/03/AC-10.-2021.pdf

40. República de Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Cuba [Internet]. 2021. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: http://www.onei.gob.cu/

41. Domínguez-Alonso EZE. Análisis de los sistemas de salud de America Latina. 2014. Sistema de salud de Cuba. Unicef. Salud Publica Mex. 2011;53(2).

42. República de Cuba. 2020: Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 16]. Disponível em: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf

43. Rollo RM, Ramos AR, Rocha CMF, Marchioro MK, Melo RC, Faria MA. Organização de sistemas nacionais de saúde: diferenças e semelhanças entre Brasil e Cuba. Rev. APS, abr./jun. [Internet] 2020; [acessado em 2022 Jan 19] 23 (2): 316 – 334. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16985/22894

44. España. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población de España. Últimos dados. [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

45. Fernández M. En España la salud es cada vez más privada. Jornal El Pais. 2019 Mai 05. [internet] 2019. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877_211385.html

46. Ministerio de Sanidad (ES), Consumo y Bienestar Social. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

47. Jiménez-Martín S, Andrea-Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Observatorio de Sanidad Federal. 2014. [acessado em 2022 Jan 17]. Disponível em: https://www.easp.es/crisis-salud/busqueda/resultados/item/1525-el-sistema-de-salud-en-espana-en-perspectiva-comparada.

48. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (ES). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de la situación 2020. [Internet] 2020. Informe número 10. [acessado em 2022 Jan 19]. Disponível em: https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020

49. Espanha Fácil. Website. Saiba como funciona o sistema de saúde pública e privada na Espanha de 2018 Out 25. [Internet] 2018. [acessado em 2022 Jan 13]. Disponível em: https://www.espanhafacil.com/blog/saiba-como-funciona-o-sistema-de-saude-publica-e-privada-na-espanha

50. Financial Time. Brexit one year on: the impact on the UK economy. 2021 Dec 23. [Internet]. 2021. [acessado em 2022 Jan 20]. Disponível em: https://www.ft.com/content/c6ee4ce2-95b3-4d92-858f-c50566529b5e

51. Bank of England. The UK economy during Covid-19: insights from the Bank of England's Citizens' Panels. A report from the Chairs of the Bank of England's Citizens' Panels. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 14]. Disponível em: https://www.bankofengland.co.uk/get-involved/citizens-panels/the-uk-economy-during-covid-19-insights-from-the-bank-of-englands-citizens-panels

52. United Kingdom. Office for National Statistics. Population estimates. Annual population estimates. [Internet]. 2020. [acessado em 2022 Jan 23]. Disponível em: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates

53. Marshall M. A precious jewel--the role of general practice in the English NHS. N Engl J Med. 2015 Mar 5;372(10):893-7. Disponível em: doi 10.1056/NEJMp1411429.

54. Khan N, Rudoler D, McDiarmid M. et al. A pay for performance scheme in primary care: Meta-synthesis of qualitative studies on the provider experiences of the quality and outcomes framework in the UK. BMC Fam Pract 21, 142 [Internet] 2020. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12875-020-01208-8

55. United Kingdom. NHS Digital. Registering with a GP. [acessado em 2022 Jan 21]. Disponível em: https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/how-to-register-with-a-gp-surgery/

56. England. NHS Digital. Quality and Outcomes Framework, 2020-21. 30 Sep 2021. [Internet] 2021. [acessado em 2022 Jan 21]. England. Disponível em https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2020-21#

57. United Kingdom. Country Case Study: United Kingdom with a focus on England. TARSC. 2014. Roland M GB, Thome DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. JABFM. 2012;25.

58. Doyle Y, Bull A. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. BMJ. 2000;321(7260):563-565. doi:10.1136/bmj.321.7260.563.

59. England. Care Quality Commission. Website. The independent regulator of health and social care in England. [Internet] 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: https://www.cqc.org.uk/

60. Scotland. Healthcare Improvement Scotland. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: https://www.healthcareimprovementscotland.org/

61. Wales. Healthcare Inspectorate Wales. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: https://hiw.org.uk/

62. North Ireland. The Regulation and Quality Improvement Authority. Website. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Jan 22]. Disponível em: https://www.rqia.org.uk/

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MODELO EFICAZ DE CUIDADO

Data de aceite: 01/01/2024

Ana Carolina Custódio

Raphael Jinkings Sant'Ana

Robert Janett

INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde que possui uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte orienta suas funções, estruturas e operacionalização em um modelo abrangente de cuidado e nos atributos da APS, conforme Bárbara Starfield (2002)[1]. Como vimos no capítulo 1 deste livro, sistemas desta natureza são capazes de responder às necessidades das pessoas, bem como oferecer cuidado coordenado, contínuo e resolutivo. No entanto, o setor da Saúde Suplementar no Brasil ainda se organiza, predominantemente, pela prestação do serviço curativo e médico-centrado[2], apesar de ser amplamente reconhecido que este modelo assistencial tradicional é inadequado para atingir os objetivos de um sistema de saúde contemporâneo.

Diante desse contexto, reformas estão sendo implementadas para melhorar a qualidade, a eficiência e a experiência das pessoas referente à assistência prestada. Tais modificações são apoiadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outros órgãos reguladores, bem como pelas operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

O setor também enfrenta outros desafios que incluem o envelhecimento da população e uma transformação na prevalência das doenças. Estes aspectos se expressam nas transições demográfica, por uma população cada vez mais envelhecida, e epidemiológica, de crises agudas de saúde, como doenças infecciosas, para o alto índice de condições crônicas. O envelhecimento da população é inevitavelmente acompanhado por uma maior taxa de condições incapacitantes e degenerativas. Mudanças nos hábitos da vida diária, incluindo tabagismo, sedentarismo e na dieta que resultam em obesidade e uso excessivo de álcool e

drogas, também contribuem para a aceleração do predomínio de condições crônicas de saúde, o que impacta na taxa de inflação do custo dos serviços na Saúde Suplementar. Assim, os gastos crescentes são insustentáveis e ameaçam a integridade de todo o sistema de cuidados.

Os serviços de atenção primária no setor privado de saúde é uma das principais estratégias para a sustentabilidade do sistema. Embora um modelo mais efetivo de atendimento básico estabelecido pela Estratégia da Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS) esteja em uso há décadas, a implantação generalizada de APS é relativamente recente na Saúde Suplementar.

De fato, a implantação e operacionalização de serviços de APS no setor é complexa. E, para que estes serviços sejam efetivos, é preciso considerar modelos de atenção primária abrangentes, sustentados pelos atributos essenciais da APS, integrados e centrados na pessoa, pois estes diferem e podem ser contrastados com os mais convencionais de atenção à saúde em vários aspectos. Para facilitar a compreensão destas diferenças, a seguir descreve-se uma comparação entre formas de atenção eficazes e ineficazes em APS.

MODELOS DE ATENÇÃO EM APS

Atenção Primária Convencional

A atenção primária convencional se concentra, principalmente, em indivíduos doentes e que acessam serviços presenciais de saúde. O foco destes encontros esporádicos é a avaliação e o manejo da doença, para oferecer intervenções médicas curativas. Esta maneira de cuidar das pessoas tem suas raízes na época em que o principal desafio para o sistema de saúde era a doença aguda.

Neste caso, a responsabilidade do médico se limita a oferecer aconselhamento e atendimento ao beneficiário individualmente e no momento da consulta presencial. Os cuidados são, por natureza, fragmentados, pois não se integram com outros prestadores de serviços de saúde e não se coordenam com os atendimentos prestados em outros ambientes, como hospitais, laboratórios, centros de imagem, entre outros. No modelo convencional, o atendimento é médico-centrado e conduzido somente por esse profissional. A Figura 1, a famosa e icônica obra *The Doctor*, representa esta relação médico-paciente e os anseios pela busca da cura.



Figura 1 - *The Doctor*, de Luke Fildes, 1891.

Fonte: Wikimedia Commons.

Além disso, os modelos de pagamento baseados em produção – renumeram o médico pelo volume e complexidade dos serviços, sem recompensar melhorias na qualidade ou eficiência do atendimento prestado – contribuem para este cenário. Nesta forma de remuneração, não há penalidade financeira por má qualidade da assistência ou por atendimentos desnecessários prestados aos beneficiários.

Allen e demais autores[3] descrevem claramente, no *British Medical Journal*, o potencial não alcançado na atenção primária convencional, como praticada em vários países europeus, sendo as falhas atribuídas aos seguintes fatores:

a) Ênfase em cuidados individuais e curativos;

b) Somente aqueles com necessidade e motivação procuram atendimento;

c) Foco inadequado nos determinantes sociais da saúde;

d) Exacerbação na separação entre a prestação de atendimentos primários e as funções de saúde coletiva;

e) Sistemas de pagamento por serviço prestado.

Atenção Primária integrada e centrada na pessoa

Modelos inovadores de atenção primária surgiram para enfrentar os desafios atuais do sistema de saúde. Conceitos e características de uma APS abrangente, sustentada em seus atributos e centrada na pessoa, contrastam fortemente com os princípios e a prática de atenção primária convencional.

As principais características do modelo de atenção abrangente[4] incluem: adscrição de beneficiários com equipes específicas de prestadores de serviços de saúde; acesso avançado às consultas, atendimento multidisciplinar, responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, a fim de fornecer intervenções baseadas em evidências confiáveis; acesso e compartilhamento de informações clínicas entre todos do time de atendimento; comunicação assertiva com os beneficiários; checklists para apoiar o fechamento de lacunas no atendimento; e busca ativa constante dos beneficiários que não visitam o serviço de APS, mas que possuem necessidades de atendimento. Além disso, a coordenação de cuidados complexos com especialistas e hospitais envolve acesso compartilhado das informações clínicas e canais abertos e seguros de comunicação.

Nesta forma de atendimento, há ainda conceitos fundamentais que são[5]:

1. **Paciente integral –** É o modelo biopsicossocial da doença. Neste conceito, as pessoas não são meramente uma coleção de órgãos ou uma série de reações bioquímicas. Pelo contrário; há uma compreensão moderna das causas da doença que considera todos os três aspectos. Sendo assim, entende-se que não se pode melhorar a saúde das pessoas concentrando-se apenas nos aspectos biomédicos da doença. Determinantes sociais de saúde, motivação e comportamento desempenham papéis essenciais no manejo de quadros agudas e doenças crônicas. Há ainda um crescente reconhecimento da alta prevalência de condições de saúde mental que podem, e devem, ser gerenciadas pela APS. O serviço de APS funciona de maneira ideal para fazer a interseção dos três aspectos - biológicos, psicológicos e sociais. No diagrama de Venn (Figura 2), é possível visualizar tal ligação.

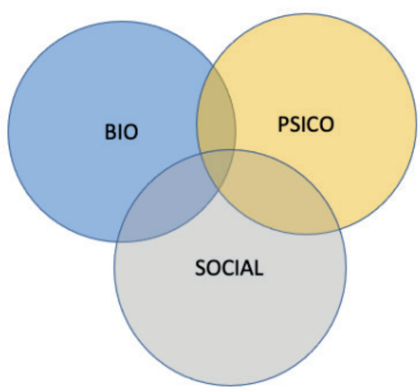


Figura 2 – Modelo biopsicossocial

Fonte: o autor.

2. **Compreender a complexidade da experiência da doença crônica na perspectiva do paciente –** Na doença crônica, um paciente normalmente consulta de quatro a 16 especialistas diferentes em um ano[6]. Este

acompanhamento, quando não coordenado, deixa enormes lacunas na comunicação, com o potencial para erros médicos durante transferências e transições de atendimento. Sem serviços de APS robustos, nenhum profissional é responsável por rastrear planos de cuidados concorrentes ou gerenciar a polifarmácia, por exemplo. Dessa forma, o paciente com doença crônica precisa de um "defensor" na APS, o qual tem o papel de monitorar a direção geral do cuidado, coordenar com especialistas e adaptar o plano de cuidados aos desejos e valores do beneficiário - este último é um componente essencial do manejo de doenças crônicas. O engajamento do paciente no autogerenciamento também é fundamental, pois melhora a adesão aos medicamentos e as outras terapias que contemplam o plano de cuidados.

3. **Confiabilidade e pontualidade –** Os pacientes merecem receber atendimentos confiáveis de saúde, bem como todos desejam cuidados que sejam facilmente acessíveis em momentos de necessidade.
4. **Triple-aim[7] (objetivo triplo) –** O esforço do sistema de saúde como um todo para abordar e melhorar simultaneamente a saúde das populações, a experiência do paciente nos cuidados e o controle dos custos evitáveis de assistência médica.

O NOVO PARADIGMA DO ATENDIMENTO PRIMÁRIO

A APS abrangente, integrada e centrada na pessoa, envolve uma mudança para uma abordagem de cuidados que considere os desafios do sistema de saúde que foram descritos aqui e ao longo deste livro. O novo paradigma de cuidado procura abordar as inúmeras deficiências do modelo de atendimento primário convencional e obsoleto, centrado apenas na doença, no indivíduo e no médico. O novo paradigma procura-se, agora, ser proativo, pois visa antecipar-se e focar nas necessidades de saúde de uma população, enfatizando o controle e a prevenção de doenças. Para tanto, este modelo de cuidado se sustenta não só nos atributos essenciais da APS, mas também em estratégias gerencias e operacionais mais amplas que o torna mais eficaz. Dessa forma, a seguir detalha-se cada um deles.

Longitudinalidade

A longitudinalidade pressupõe o cuidado ao longo da vida e que o serviço de APS seja uma fonte regular de atenção[1]. Ou seja, o novo paradigma de atendimento prevê um modelo longitudinal e não episódico. Neste contexto, relações duradouras são estabelecidas entre beneficiários e o serviço de APS, a fim de garantir a continuidade do cuidado e a responsabilidade pela saúde ao longo de todo o ciclo de vida da população ali adscrita.

O modelo de atendimento integral oferece assistência contínua para tudo que o paciente necessita, incluindo serviços de saúde preventivos e gerenciamento de doenças crônicas e de condições agudas de saúde, que possam ocorrer periodicamente.

Atenção ao primeiro contato

A atenção ao primeiro contato refere-se à acessibilidade e ao uso dos serviços de APS diante de uma necessidade de saúde, tanto no que diz respeito ao aspecto estrutural como operacional[1]. Dessa forma, os serviços de APS devem ser a porta de entrada para o sistema de saúde. Também se espera que sejam de fácil acesso para o beneficiário, com tempos de espera mínimos para consultas presenciais ou virtuais, facilitando a sua utilização.

Integralidade

A integralidade, por sua vez, define-se pela capacidade do serviço de APS, por meio de recursos ou ações, que podem ser internas ou externas, em reconhecer e atender de forma resolutiva as diversas necessidades de saúde dos beneficiários[1]. No atendimento integral, o trabalho é em equipe e multidisciplinar e todos compartilham as responsabilidades de cuidar do paciente. As equipes mantêm um conhecimento das exigências de saúde dos pacientes individuais, bem como de toda a população que está a elas vinculada. Além disso, buscam ativamente formas de envolvê-los nos cuidados indispensáveis. Esse duplo foco, no indivíduo e na população, é a marca deste modelo.

Coordenação do cuidado

Já a coordenação do cuidado dispõe sobre a capacidade do serviço de APS em oferecer um cuidado contínuo, seja por parte de profissionais ou por meio do prontuário do paciente. É, ainda, a possibilidade de poder referenciar o beneficiário, bem como tê-lo de volta, considerando também o compartilhamento das informações durante este processo[1].

No modelo proposto, uma atenção contínua é fornecida visando fechar as lacunas de cuidados. Para tanto, várias ferramentas e métodos são usados com o objetivo de aumentar a confiabilidade do atendimento durante todos os momentos. Ao mesmo tempo, existem sistemas para identificar beneficiários que possuem lacunas de cuidados em saúde, mas ainda não foram ao serviço de APS para resolvê-las.

O modelo também apresenta fortes princípios de integração. Estas são a **integração horizontal,** ou seja, aquela que acontece entre os membros da equipe multiprofissional no local de atendimento, e a **integração vertical**, que ocorre entre a equipe de atenção primária e especialistas, hospitais, atendimento domiciliar, diagnósticos e prestadores de importantes serviços de Saúde Suplementar. A última requer o desenvolvimento de uma rede de prestadores de cuidados que colaboram uns com os outros, para otimizar o atendimento ao paciente.

Por fim, neste modelo de atenção, as formas de remuneração privilegiam a gestão do cuidado, as métricas de saúde da população e outras medidas de qualidade, incluindo

a satisfação do beneficiário e a eficiência financeira. A Tabela 1 apresenta, resumidamente, uma comparação entre as duas formas de atendimento em APS.

Cuidado convencional	Cuidados coordenados e centrados nas pessoas
Reativo: foco na doença e na cura.	**Proativo:** antecipa-se e foca nas necessidades de saúde, controle e prevenção de doenças.
Episódico: relação paciente-prestador de serviço é limitada ao momento da consulta.	**Longitudinal:** relacionamento pessoal duradouro entre paciente e serviço de saúde.
Foco em cuidados curativos agudos e Intervenções discretas.	Cuidado integral, contínuo e centrado na pessoa; gestão de doenças crônicas.
Responsabilidade limitada ao aconselhamento individual do paciente no momento da consulta.	Responsabilidade pela saúde ao longo do ciclo de vida e por uma população definida.
Os usuários são destinatários de intervenções de saúde/médicas.	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria saúde; suas preferências são consideradas no plano de cuidados.
Atendimento desarticulado: instalações e programas autônomos e fragmentados.	Integração clínica e organizacional; forte comunicação entre os prestadores de diferentes níveis de atenção.
Médico-centrado e hospitalocêntrico.	Baseado em equipe e em rede
Incentivos para atendimentos baseados em volume e complexidade.	Incentivos à gestão do cuidado, saúde da população, qualidade e eficiência.

Tabela 1 – Características contrastantes do modelo de atendimento tradicional e do paradigma de atenção abrangente e integrada.

Fonte: adapted from La Forgia, G. Organization and Provision of Healthcare in India: Vision and Steps for Moving Forward. Presented to Niti Aayog and the Bill & Melinda Gates Foundation, Delhi, January 31, 2018.

Ainda sobre o modelo, Wagner[4] descreveu as seguintes características fundamentais para obtenção de metas e objetivos do beneficiário e para a oferta de serviços que garantam que as necessidades de saúde sejam atendidas de maneira eficiente e confiável:

- Atendimento primário prestado por equipes multidisciplinares.
- Um painel ou população adscrita de beneficiários pelos quais uma equipe é responsável.
- Acesso avançado com horário expandido e disponibilidade de agendamento no mesmo dia.
- Expandir os cuidados para além da queixa do paciente, incluindo na consulta cuidados preventivos baseados em evidências e revisar as necessidades de manutenção da saúde a cada visita, realizada em parte pelo planejamento pré-visita.
- Gerenciar as listas de beneficiários, identificando aqueles que precisam de atendimentos e contactando ativamente os que estão em atraso quanto aos cuidados necessários.

- Expandir os papéis dos profissionais da equipe - enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas[1].
- Desenvolver relacionamentos clínicos entre os beneficiários e diversos membros da equipe.
- Promover a continuidade da equipe, evitando trocas de pessoal. Um prestador de serviços de saúde trabalha com mais consistência quando a equipe se mantém.
- Realizar reuniões regulares de equipe.
- Identificar beneficiários de maior risco e que necessitem da atenção intensificada.
- Oferecer recursos adicionais, como aconselhamento nutricional, serviços de atenção à saúde mental, de farmácia clínica e de gerenciamento de casos complexos, conforme necessidade e, principalmente, para beneficiários de alto risco.
- Ter metas concretas de qualidade, coleta e monitoramento de dados.

Outros elementos estruturantes, que fortalecem o modelo de APS abrangente, são os atributos derivados[1]. Quando estes estão presentes, há maior qualificação e efetividade do cuidado.

Orientação familiar

O entendimento do contexto familiar de uma pessoa pode trazer informações fundamentais que auxiliam os profissionais de saúde nas várias dimensões do atendimento clínico, tais como: diagnóstico, tratamento e prognóstico. Para tanto, há algumas ferramentas que auxiliam na compreensão deste contexto, como, por exemplo, o genograma, o ecomapa e o ciclo de vida familiar.

O genograma consiste na representação gráfica da família do beneficiário e traduz visualmente as relações de parentesco entre diferentes gerações, além de incluir histórico de doenças, grau de proximidade, possíveis conflitos entre parentes e outras características[10]. O ecomapa é uma ferramenta que descreve todos os recursos e sistemas envolvidos com uma pessoa e sua família[11]. Já o ciclo de vida da família do paciente é a compreensão da dinâmica familiar em seus momentos distintos, haja vista que pode existir modificações nas relações e na sua estrutura familiar. O entendimento do ciclo de vida atual pode ajudar na antecipação de problemas, auxiliando na tomada de decisões para mitigá-los[12]. Dessa forma, percebe-se que a abordagem familiar pode trazer importantes informações que ajudam no entendimento das apresentações e conduções de alguns problemas de saúde.

---

1 Em outros países há na equipe o assistente médico. Uma tarefa importante do assistente médico nesses ambientes é auxiliar na manutenção de registros do encontro clínico como "escrevente", documentando cuidadosamente o encontro clínico no RME, em tempo real, enquanto o médico cuida do paciente[8]. Foi demonstrado que "escreventes" documentam notas clínicas que são tão precisas ou mais do que as de um médico[9], no entanto, esta função não é reconhecida e legalizada no Brasil.

Competência cultural

Pelo fato de a APS funcionar como porta de entrada das pessoas em um sistema de saúde, as equipes que nela atuam se deparam com uma variedade importante de pessoas com identificações étnicas e culturais distintas. Não é raro haver situações em que a cultura do profissional de saúde e a do beneficiário são distintas, a ponto de ocorrer algumas dificuldades no encontro clínico, quanto à compreensão da doença e da terapêutica. A forma de resolver essas e outras possíveis diferenças é o que se chama de competência cultural[1].

É fundamental que o profissional entenda a sua própria cultura e o quanto ela influencia as suas ações. Esta atitude é um exercício que auxilia na compreensão do outro. O encontro que ocorre dentro dos serviços de APS deve promover um acordo entre visões distintas que objetiva o mesmo fim: a saúde[11]. Este respeito à cultura do beneficiário, e o fato de ela ser levada em conta na hora das decisões clínicas, contribui para o fortalecimento do vínculo entre ele e o profissional e pode melhorar a adesão aos tratamentos.

Abordagem comunitária

O olhar para a comunidade possibilita, dentre outras coisas, a obtenção de uma maior equidade, visto que os recursos empregados por um serviço devem se adequar às necessidades da população que abarca[1].

O termo comunidade relaciona-se ao grupo atendido por um serviço de saúde. No SUS, ela é definida como a população que vive em um território definido. Já no contexto da Saúde Suplementar, não existe essa demarcação territorial, mas uma carteira de beneficiários para os quais o serviço de APS se compromete a prestar os cuidados. Para se conhecer as necessidades da carteira, é fundamental caracterizá-la, identificando, por exemplo, os seus principais problemas de saúde, o perfil demográfico, a frequência e a forma de utilização deste serviço pelos beneficiários[1], realizando, assim, a gestão de saúde populacional, conforme abordagem descrita no capítulo 4 deste livro.

Além disso, o enfoque em uma carteira definida é utilizado como uma das formas de se avaliar o impacto de um serviço de saúde. A análise das taxas de mortalidade ou morbidade decorrentes de doenças preveníveis, a taxa de hospitalização ou de procura de pronto-socorro por problemas sensíveis à atenção primária e a incidência de problemas passíveis de rastreio, entre outros indicadores, podem contribuir para avaliar as qualidades e as deficiências de um serviço[1].

ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO DE MODELO DE APS ABRANGENTE, SUSTENTADAS NOS ATRIBUTOS E CENTRADAS NA PESSOA

A seguir, descreve-se as atividades de cuidado que ocorrem idealmente em um serviço de APS eficaz, bem como define-se a estrutura e a função do modelo de atendimento aplicado na prática diária.

Adscrição da carteira

Um beneficiário e sua família estão vinculados a uma equipe de saúde formada, muitas vezes, pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. O atendimento em conjunto demonstrou melhorar a qualidade e a capacidade de cuidar de mais pacientes, otimizando a agenda médica. Neste contexto, o técnico de enfermagem e o enfermeiro podem desempenhar diversas funções como rastreamento de câncer, prestação de serviços preventivos, agendamento de consultas com especialistas e obtenção de exames laboratoriais orientados por protocolo, entre outras. Esses processos e caminhos clínicos tornam o atendimento mais confiável e resultam em visitas mais eficientes e eficazes.

O agendamento de acesso avançado permite que o paciente obtenha, de forma confiável, os serviços de atendimento primário, com tempos de espera mínimos. Quando o método de acesso é implementado adequadamente, um beneficiário pode ligar e marcar uma consulta no mesmo dia ou no dia seguinte.

O próximo passo envolve uma mudança de foco. Conforme descrito acima, em relação ao modelo de atendimento tradicional, a equipe de saúde estava acostumada a atender, principalmente, as necessidades de saúde dos pacientes que chegam ao serviço em um determinado dia. Sob o modelo abrangente, esse foco nas necessidades individuais do beneficiário é mantido; mas é ampliado para monitorar as necessidades de saúde de todos os beneficiários da carteira da equipe. Essa abordagem dupla – um foco no beneficiário que se apresenta para atendimento, ao mesmo tempo em que mantém a consciência das necessidades não atendidas do subconjunto de beneficiários que não comparecem ao serviço – é a chave para melhorar a confiabilidade no gerenciamento de saúde da população. Aqui, a equipe é responsável pelos resultados de saúde para ambos os grupos de pacientes: aqueles que voluntariamente optam por buscar atendimento no serviço de APS e para aqueles que ainda não o acessaram.

É sempre um desafio envolver alguns subgrupos de beneficiários no acompanhamento adequado. Eles geralmente não agendam ou não cumprem as consultas de acompanhamento, e ocorrem lacunas. Os sistemas de saúde estão constantemente tentando melhorar seu desempenho nas taxas de rastreamento de câncer, vacinas e outros serviços preventivos, além de aprimorar a gestão de doenças crônicas (como controle glicêmico e da pressão arterial em diabetes, acompanhamento de resultados de exames anormais e adesão ao uso de medicamentos inaladores de controle na asma). Os registros de pacientes identificam aqueles que não se apresentam para os atendimentos, mas que possuem importantes necessidades. Para isso, a equipe realiza a busca ativa, por meio de várias formas de contato, a fim de motivá-los a se envolver nos cuidados da própria saúde.

Prevenção e triagem

A triagem de saúde e a prestação de serviços preventivos devem ser realizadas em todas as oportunidades. Embora o acompanhamento regular seja incentivado, os beneficiários que se apresentam para cuidados agudos ou visitas de gerenciamento de doenças crônicas também recebem serviços preventivos. Cada interação com um paciente oferece à equipe a oportunidade de atender às necessidades até então não assistidas – prevenção, triagem, monitoramento de doenças crônicas e cuidados para problemas de saúde agudos.

As triagens são organizadas de acordo com protocolos baseados em evidências, segmentados por idade e sexo. No momento da visita, na triagem e nos serviços preventivos, as lacunas são destacadas em uma lista de verificação preenchida previamente ao atendimento. No cenário ideal, essa relação é integrada a um registro eletrônico e acessível a todos os membros da equipe. Os dados são mantidos para todos os beneficiários, e eles também geram listas daqueles que estão atrasados para procedimentos de saúde preventiva. A equipe realiza a busca ativa destes beneficiários para oferecer exames de saúde e serviços preventivos de forma confiável.

Manejo de doenças crônicas

A doença crônica é gerenciada e coordenada da mesma forma, de acordo com os princípios das diretrizes de cuidados baseados em evidências. Para as comuns, como diabetes e hipertensão, o atendimento é organizado conforme protocolos estabelecidos. O conceito de planejamento nesses casos também envolve conhecer e antecipar as necessidades do beneficiário quanto aos testes, diagnósticos e intervenções terapêuticas, a fim de atingir os objetivos definidos. E estes podem incluir parâmetros de controle da pressão arterial, triagem de retinopatia diabética, alcance de metas de hemoglobina glicada, entre outros. O objetivo geral do manejo de doenças crônicas é, sempre que possível, evitar as complicações secundárias previsíveis.

Assim como na abordagem de serviços preventivos e de triagem, o manejo de doenças crônicas envolve uma combinação de planejamento de visitas, lembretes e listas de verificação no momento da consulta. Deve haver também registros para orientar o atendimento aos beneficiários que não se apresentam em tempo hábil para as ações programadas. O compartilhamento de tarefas, a delegação de responsabilidades e a prática colaborativa são as marcas do atendimento em equipe, que também atua junto a especialistas e hospitais, em caso de doença grave.

Interações centradas no beneficiário

Acima de tudo, o principal objetivo do modelo de atenção integral centrado na pessoa é compreender as metas e objetivos do beneficiário para sua própria saúde e atendimento. Isso é fundamental. Como disse Maureen Bisognano, do Institute for Healthcare Improvement, "*precisamos perguntar ao paciente: 'O que importa para você?'. Em quase todas as consultas, a primeira pergunta para o beneficiário é: 'Quais objetivos você tem para a visita de hoje?'*" A resposta a esta pergunta orienta e informa todas as outras atividades nessa visita ao serviço de APS.

Planejamento assistencial e antecipação das necessidades dos beneficiários

O planejamento assistencial garante bons resultados no modelo de cuidado em APS abrangente, ocorrendo em quatro categorias. A saber:

1. **Planejamento pré-visita –** Esta fase envolve algumas tarefas que são realizadas no dia anterior à visita e outras, no dia. Na véspera, os membros da equipe revisam o prontuário e fazem listas de triagem, serviços preventivos e intervenções de doenças crônicas. Há a inserção de dados em fluxogramas ou listas de verificação para as condições relevantes do beneficiário. São reunidos, ainda, dados e comunicações (cartas de especialistas, registros de pronto-socorro, resultados de laboratório e de imagem) que ocorreram fora do serviço de APS, para que estes documentos estejam prontamente disponíveis para revisão do responsável pelo atendimento, no momento da consulta.

2. **Planejamento e organização da prestação de serviços de atendimento no momento do encontro –** Trata-se da lista de tarefas que devem ser realizadas, e ficar acessível a todos os membros da equipe. Isso ajuda na organização de todos para o atendimento. Conforme observado abaixo, a equipe se reúne antes de cada sessão para dividir os trabalhos e ter certeza de que todos sabem seu papel no encontro antes da chegada do primeiro paciente. Na visita, o objetivo é, então, executar o plano. Quando o beneficiário faz o check-in, a recepcionista entrega a ele os formulários de triagem de saúde relevantes para serem preenchidos antes que o atendimento aconteça, juntamente com uma cópia da lista atual de medicamentos para que possa ser revisada e corrigida. Pode haver uma pré-consulta com a enfermeira, que completa ou organiza todos os testes de triagem necessários, como exames laboratoriais e imunizações. Os encontros com os demais profissionais da equipe, quando necessário, acontecem antes ou depois da consulta com o médico. Todos os membros da equipe checam a lista de verificação, garantindo que os serviços necessários sejam destacados e implementados no momento do atendimento.

3. **Planejamento pós-visita –** Após a visita ao consultório, mas antes do beneficiário sair, o serviço de APS define o intervalo de acompanhamento até a próxima consulta. Quaisquer outros testes ou encaminhamentos são organizados enquanto o paciente está presente no consultório. Dessa forma, ele sai com datas e horários específicos para exames diagnósticos ou consultas com especialistas. O beneficiário recebe, então, um resumo escrito da visita que

inclui instruções, consultas de acompanhamento, medicamentos atualizados e um plano de cuidados que destaca as próprias metas e objetivos dele. Por fim, todos os documentos em papel gerados na visita são digitalizados para o registro eletrônico, para fácil referência futura.

4. **Planejamento entre as visitas ao serviço –** Entre as visitas ao consultório, a equipe de atendimento se envolve em revisão regular de dados e busca ativa usando os registros, conforme descrito anteriormente. Isso evita as lacunas que poderiam ocorrer, se os pacientes não retornassem para consultas ou intervenções necessárias.

Reuniões entre o corpo clínico

Existem três tipos de reuniões que são regulares e indispensáveis. No início de cada dia de atendimento, a equipe se reúne por cinco ou dez minutos para revisar as intervenções de atendimento aos beneficiários programados para o dia. Essas tarefas são, então, atribuídas aos membros apropriados da equipe. Semanalmente, os profissionais, durante 30 minutos. planejam o atendimento dos pacientes de alto risco, doentes crônicos ou daqueles com atrasos para exames de saúde e serviços de prevenção. Por fim, a equipe se reúne mensalmente, por 90 minutos, para revisar as políticas, procedimentos, linhas de cuidado, estratégias de atendimento, treinar novas iniciativas e revisar casos clínicos notáveis.

COMO AVALIAR A ADESÃO AOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS

A fim de atingir os objetivos desejados, um serviço que se proponha atuar na lógica da APS deve ter ferramentas para monitorar os resultados da aplicação dos atributos próprios deste nível de atenção à saúde. As ferramentas auxiliam a comparar serviços diferentes e a obter dados objetivos que ajudam na tomada de decisão para melhoraria contínua do atendimento. Dentre as várias características da APS, alguns pontos centrais podem e devem ser monitorados, como a facilidade de acesso ao serviço (atenção ao primeiro contato), a abrangência dos serviços oferecidos (integralidade), a capacidade de manter os cuidados de longo prazo (longitudinalidade) e a integração entre a equipe e os serviços de saúde especializados (coordenação do cuidado)[1].

A facilidade de acesso pode ser avaliada levando em consideração aspectos como horário de funcionamento do serviço, alternativas para atendimentos noturnos ou aos finais de semana, tempo de espera para iniciar uma consulta e agilidade de agendamento[1]. A integralidade se relaciona com a carteira de serviços oferecidas no local, como assistência a casos agudos, gerenciamento de doenças crônicas, pequenos procedimentos, realização de curativos, imunizações, realização de rastreios, orientações de prevenção e promoção à saúde, consultas com nutricionistas ou psicólogos, dentre outros serviços[1].

Já a longitudinalidade pode ser avaliada considerando a frequência com que os pacientes costumam procurar o serviço, tanto para manter o acompanhamento de problemas crônicos quanto para questões pontuais ou burocráticas relacionadas à saúde (queixas agudas, prevenção, atestados). Leva-se em conta, também, o vínculo formado e o grau de confiança e abertura que os beneficiários têm em relação à equipe[1]. No que diz respeito à coordenação do cuidado, observa-se a facilidade de acesso a informações importantes relacionadas a uma pessoa. Para isso, é necessário um sistema de prontuário eletrônico bem-estruturado e ferramentas para referência e contrarreferências, após atendimentos especializados ou depois de internações[1], conforme já descrito neste capítulo.

Para facilitar a avaliação dos atributos da APS, existem vários questionários que informam o grau de adesão a eles. O mais usado e validado para a população do Brasil é o Primary Care Assessemt Tool (PCAT)[13], que consta de uma série de perguntas abrangendo cada um dos atributos. Ele pode ser aplicado tanto para usuários do serviço quanto para profissionais e gestores. Dessa forma, é possível obter informações objetivas para averiguar se um serviço está comprometido com as características da APS e recolher dados que auxiliam na melhora dos serviços e na alocação de recursos.

PRINCIPAIS COMPONENTES E FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE DADOS

O modelo abrangente e integrado de atenção primária centrado na pessoa funciona melhor quando sustentado por sistemas de dados que incluem um prontuário eletrônico. Este, quando bem-organizado, oferece recursos e funções que melhoram as operações e a qualidade do serviço de APS, tornando-o mais confiável e seguro para os pacientes[14]. A seguir, descreve-se alguns pontos importantes sobre este item.

Melhora da qualidade do atendimento

Melhorar a qualidade dos atendimentos é um desafio em todos os sistemas de saúde. Mas, para isso, é necessário que haja uma abordagem sistemática que use métricas para informar os resultados alcançados. Estas são aplicadas a muitos componentes do cuidado, incluindo acesso e disponibilidade do serviço de APS, eficiência do fluxo, satisfação dos beneficiários, gerenciamento de doenças crônicas, prestação de serviços preventivos, uso eficaz de serviços de cuidados agudos, transições e coordenação do cuidado, entre outros. Os registros eletrônicos demonstraram aprimorar o desempenho em uma variedade de indicadores de qualidade, em comparação com as práticas que usam registros em papel[15,16].

Todavia a melhoria da qualidade requer mais do que um registro eletrônico. Sistemas de atendimento, linhas de cuidado e fluxos de trabalho mais eficazes e confiáveis, guiados por informações contidas no prontuário eletrônico, são necessários para a melhoria sustentável do desempenho[17,18]. Com padrões estabelecidos de atendimento e protocolos clínicos, conforme discutido anteriormente (alertas, listas de verificação, registros, busca ativa, envolvimento do beneficiário e relatórios), que são codificados no software, o registro

eletrônico pode apoiar os esforços da equipe clínica para otimizar a estrutura, o processo e os resultados do serviço de APS. A Tabela 2, a seguir, fornece exemplos de fluxos de trabalho, guiados por informações contidas em um registro eletrônico, que melhoram de forma confiável o desempenho nas medidas de tratamento do diabetes. Ao incorporar o trabalho de aprimoramento da qualidade nas atividades de atendimentos diários, a melhoria do desempenho é sustentada ao longo do tempo[14].

Intervenção de Melhoria da Qualidade	Função RME	Fluxo de trabalho	Exemplo
Reduzir variações injustificadas no cuidado.	Protocolos de cuidados integrados e diretrizes de prática clínica.	Orientar todos os membros da equipe multiprofissional sobre as normas de atendimento ao beneficiário com diabetes.	Adotar os padrões de atendimento da American Diabetes Association para adultos com DM tipo II e incorporar esses padrões de atendimento no RME.
Aumentar a confiabilidade do modelo de atendimento, melhorando a adesão do serviço aos protocolos de atendimento para DM tipo II e diretrizes de prática clínica.	Checklist.	Sinalizar beneficiários que se apresentam para atendimento e que devem ser submetidos a intervenções clínicas.	1) A1c duas vezes por ano; 2) Microalbumina de urina anualmente; 3) Exame de retinopatia; 4) Exames do pé diabético duas vezes por ano; 5) Pressão arterial acima do alvo padrão.
	Lista de pacientes por linha de cuidado.	Sinalizar beneficiários que precisam de intervenções clínicas, mas que não se apresentam para atendimento.	Episódio prévio de angioedema devido a inibidores da enzima conversora de angiotensina. Episódios anteriores de pancreatite induzida por drogas relacionada à dulaglutida.
	Alertas de práticas recomendadas.	Alertar os membros da equipe multidisciplinar para essas possíveis lacunas no atendimento.	Potencial para hipoglicemia devido à coadministração de sulfonilureias e antifúngicos azólicos.
Reduzir os erros de medicação e melhorar a adesão à medicação no tratamento do diabetes.	Listas de alergia.	Alertar o prescritor para a presença de alergias a medicamentos para evitar danos ao beneficiário	As prescrições são transmitidas diretamente para a farmácia, evitando erros de transcrição e erros na interpretação da caligrafia
	Funções de interação medicamentosa.	Alertar o prescritor para interações medicamentosas para evitar danos ao beneficiário.	Detectar falha no reabastecimento de medicamentos prescritos.
	Prescrição eletrônica.	Evitar erros de prescrição devido a falhas de comunicação entre o prescritor e a farmácia.	Potencial para hipoglicemia devido à coadministração de sulfonilureias e medicamentos antifúngicos azólicos.

Tabela 2 - Exemplos de Registro Médico Eletrônico (RME) e Fluxos de Trabalho para Apoiar as Atividades de Melhoria da Qualidade no Ponto de Atendimento a Pacientes com Diabetes Mellitus.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva,* vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

Apoio ao atendimento em equipe

Conforme descrito anteriormente, o atendimento em equipe é um componente essencial do serviço de APS integrado e abrangente, e um registro eletrônico que funcione bem pode ser implantado estrategicamente para apoiar as funções da equipe multidisciplinar[4, 8, 19].

Com intervenções de rotina gerenciadas[20] por um protocolo orientado por sistema de informação que oferece suporte às atividades dos demais membros da equipe, o médico pode dedicar sua energia e tempo para estabelecer e fortalecer a relação médico-paciente[8,20,21] e atender às sutilezas de formular diagnósticos difíceis, engajar-se em tomadas de decisão compartilhadas e sanar as necessidades psicossociais dos beneficiários. A Tabela 3 exemplifica um fluxo de trabalho da equipe multidisciplinar sustentado por um prontuário eletrônico do paciente (PEP)[14].

FLUXO DE TRABALHO	EXEMPLOS	FUNÇÃO NO PEP
Fechar as lacunas de cuidados identificadas durante o processo de planejamento pré-visita:		
1) Triagem de saúde e intervenções de cuidados preventivos.		Checklists, listas de controle, protocolos clínicos incorporados e ordens permanentes.
2) Gerenciamento e exames de doenças crônicas.	Teste A1C no local de atendimento, agendamento de exame oftalmológico para diabéticos.	
3) Alertar o médico sobre as intervenções necessárias.	Pressão arterial medida acima do alvo e remoção dos sapatos para exame de pé diabético.	
Reconciliação de medicamentos.	Reconciliar lista de medicamentos com beneficiário e família.	Listas de medicamentos e alergias.
Funções que o técnico de enfermagem pode realizar ou os assistentes médicos.	Documente o histórico do paciente, exame físico, avaliação, diagnóstico e plano, feitos ao longo da visita.	Modelos, campos relatáveis, tabelas de consulta de diagnóstico.
Realizar de forma confiável todas as intervenções clínicas solicitadas na visita.	Agendamento de consultas especializadas e de visitas de acompanhamento, solicitação de exames de imagem não rotineiros e laboratórios.	Protocolos de comunicação da equipe por meio de mensagens seguras e checklist das intervenções após a visita.
Evitando lacunas no atendimento durante o processo de planejamento entre as visitas:		
1) Identificar beneficiários que não compareceram à unidade de saúde no prazo desejado.	Entrar em contato com eles e envolvê-los nos cuidados de acompanhamento.	Registros de pacientes e agenda para buscar aqueles que não possuem consultas marcadas.
2) Identificar beneficiários que necessitam de suporte avançado para condições crônicas ou por fragilidade.	Serviços de gestão de casos de saúde médica e comportamental, extensão de trabalho social	Registros de pacientes, módulo de estratificação de risco
3) Identificar beneficiários com indicadores de doença mal controladas.	Identificar e alcançar beneficiários com hiperglicemia, hipertensão não controlada ou que estão atrasados para acompanhamento.	Registros de beneficiários, links para dados de laboratório, imagem e monitoramento domiciliar.

Tabela 3 - Exemplos de Fluxos de Trabalho Suportados por Equipes Multidisciplinares e um PEP.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva,* vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020.

Ferramentas eletrônicas para facilitar a comunicação

Um registro eletrônico de qualidade apoiará a comunicação eficaz e eficiente entre os membros da equipe multidisciplinar no local (coordenação horizontal) e entre médicos de atendimento primário, especialistas, hospitais, laboratórios, centros de imagem e outros prestadores de serviço (coordenação vertical).

A transferência de responsabilidade pelo atendimento de um paciente, durante as transições dele, é um momento de alto risco. Estima-se que 80% dos erros médicos graves resultam de falhas de comunicação durante essas transferências[21]. A melhor comunicação bidirecional – entre o serviço de APS, especialistas e hospitais durante os períodos de transição de atendimentos – é suportada por funções de mensagens seguras e pela capacidade dos prestadores de encaminhar informações clínicas de forma transparente entre si. Isso é feito com um registro comum compartilhado por todos os membros de um sistema de atendimento integrado ou usando protocolos de troca de informações de saúde para vincular sistemas de registros distintos. Compartilhar dados, comunicar ideias, conselhos e organizar a referência e contrarreferência promovem a colegialidade, a confiança e a colaboração entre o serviço de APS e os especialistas[14].

A gestão eficaz das transições de atendimentos requer, porém, mais do que apenas uma boa comunicação. Também envolve coordenação, padronização de processos de trabalho, treinamento e prestação de contas[22]. As responsabilidades do médico solicitante e do médico receptor devem ser estabelecidas antes da transferência. A Tabela 4 traz algumas orientações sobre as práticas adequadas para a integração vertical[14].

Melhores práticas de comunicação para integração vertical
• Informações importantes são facilmente visíveis e fáceis de entender.
• Uma nota eficaz de um médico da APS para um especialista ou hospital tem o motivo do encaminhamento, histórico pertinente, achados físicos e resultados de exames relevantes.
• Recomendações e conclusões de especialistas são destacadas no relatório de volta ao médico do atendimento primário.
• As comunicações de alta hospitalar detalham os diagnósticos finais, os resultados dos testes, as mudanças de medicação e o momento do acompanhamento adequado.
Boas práticas para o gerenciamento de medicamentos
• Atenção em cada encontro à reconciliação medicamentosa.
• Compartilhamento da lista atual de medicamentos com todos os prestadores.
• Uso de software de interação medicamentosa.
• Referência cruzada automatizada de alergias e prescrições.
• Prescrição eletrônica.
• Incluem informações de custo e cobertura do plano de saúde para prescrever de forma econômica.
As melhores práticas em relação às listas de verificação incluem:
• Informações compartilhadas e acessíveis a todos os membros da equipe multidisciplinar.

- Atualização automatizada de dados no PEP, minimizando a necessidade de atualizações manuais de campos de dados.
- Flexibilidade para variar o intervalo de tempo desejado entre as intervenções. Por exemplo: acompanhamento de uma mamografia em 6 meses, um ou dois anos.
- Flexibilidade para marcar determinadas intervenções como "não consistentes com os objetivos do atendimento". Por exemplo: interromper o rastreamento do câncer de cólon em pacientes com expectativa de vida inferior a dez anos.
- Atualizar as especificações da lista de verificação periodicamente à medida que as diretrizes clínicas baseadas em evidências mudam ao longo do tempo.

Tabela 4 - Orientações sobre as práticas adequadas para a integração vertical

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva,* vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

No que diz respeito à integração horizontal, os membros das equipes multidisciplinares devem ser capazes de se comunicar e compartilhar facilmente informações clínicas. As quatro fases do planejamento de atendimentos, conforme descrito acima, devem ser apoiadas por sistemas de informação. A Tabela 5 descreve este funcionamento[14].

Fase de Planejamento	Função PEP	Fluxo de Trabalho	Exemplo
Pré-visita	Lista de verificação	Atribuir tarefas a membros específicos da equipe antes que o beneficiário chegue ao consultório.	Equipe multidisciplinar se reúne antes dos atendimentos para identificar pacientes com lacunas de cuidado.
Durante a visita	Listas de controle, de medicamentos e de imunização.	Realizar testes de triagem, imunizações e de gerenciamento de doenças crônicas e tratamento. Reconciliação de medicamentos.	Fornecer de forma confiável os serviços necessários no momento do encontro.
Depois da visita	Entrada eletrônica de pedidos. Módulo de gerenciamento de referências. Resumo da visita.	Agendar consultas com especialistas e exames auxiliares. Organizar exames laboratoriais solicitados na visita. Agendar uma consulta de acompanhamento. Rever prescrições e acompanhar os cuidados.	Concluir de forma confiável todas as tarefas solicitadas na visita. Assegurar que o paciente compreenda o plano de acompanhamento.
Entre visitas	Registros.	Identificar e contactar os beneficiários que não foram acompanhados no intervalo apropriado. Identificar aqueles com parâmetros clínicos fora das metas estabelecidas.	Detectar pacientes que apresentam lacunas de cuidados e não estão agendados para acompanhamento. Atendimento ativo a estes beneficiários.

Tabela 5 - Quatro Fases do Planejamento de Atendimento Suportado por PEP.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva,* vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

CONCLUSÃO

A Saúde Suplementar brasileira agora oferece aos seus beneficiários serviços de APS com frequência cada vez maior, mas é importante notar as diferenças entre um modelo de atendimento tradicional e o novo paradigma descrito neste capítulo. Os sistemas de saúde estão evoluindo para atender às necessidades em constante mudança de indivíduos e populações. O modelo tradicional, de atendimento individualizado, episódico, reativo e fragmentado, nunca foi projetado para responder aos desafios atuais do envelhecimento da população, do aumento da prevalência de condições crônicas e da demanda de integração com prestadores em todos os níveis de atenção à saúde cada vez mais complexos. O novo paradigma de atendimentos abrangentes, sustentados pelos atributos essenciais da APS e centrados na pessoa, é cuidadosamente projetado para oferecer aos beneficiários o tipo de atendimento seguro, eficaz e acessível que eles merecem. A seguir, descreve-se, resumidamente, as principais características deste modelo:

- Adscrição de uma população de beneficiários, sendo cada um deles vinculado a uma equipe do serviço de APS.
- Agendamento por acesso avançado e facilidade de contato com os prestadores via telefone e internet.
- Ferramentas para melhorar a confiabilidade do atendimento em cada encontro.
- Serviços preventivos realizados em todas as oportunidades de contato com o beneficiário.
- Busca ativa daqueles beneficiários que precisam de serviços e gerenciamento.
- Definição das metas, desejos e objetivos do beneficiário, adaptando-os ao plano de cuidados para estar de acordo com as preferências dele.
- Expansão das funções de cada membro da equipe multidisciplinar.
- Coordenação dos atendimentos de cada beneficiário em situação complexa.
- Estabelecimento de uma rede de especialistas e hospitais e integração dos atendimentos para melhorar a colaboração e a coordenação dos serviços.
- Uso de sistemas de dados que destacam beneficiários complexos e lacunas de cuidados, com dados acionáveis e oportunos, disponíveis no momento do atendimento.
- Medidas e diretrizes de melhoria de qualidade incorporados no fluxo de trabalho diário do serviço de APS.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002

2. Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua - Coordenação e organização José Cechin. – Londrina: Midiograf, 2020.

3. Allen, S. Barkely, J. DeMaeseneer and et al, “Unfulfilled potential of primary care in Europe,” BMJ (online), 2018.

4. E. Wagner, K. Coleman and R. Reid, “Guiding transformation: how medical practices can become patient-centered medical homes,” The Commonwealth Fund, vol. 1582, pp. 1-25, 2012.

5. R. Janett and K. Meisinger, “Primary Care Reform at the Cambridge Health Alliance: Patient-Centered Care for Improved Quality, Reliability, and Outcomes,” in Usifamia: Um Modelo Inovador de Atencao Integral na Saude, Belo Horizonte, Ramos, Luis Marcio Araujo Alvares de Andrade, Adewu Monteiro de Souza, Fernanda Soares de Souza Lima, Mauro Oscar Nunes de Moraes, Edgar: Folium Editorial, 2016

6. A. Mehrotra, C. Forrest and C. Lin, “Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States,” The Millbnak Quarterly, vol. 89, no. 1, pp. 39-68, 2011.

7. M. Bisognano, “Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs,” International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 25, no. 7, pp. 3-11, 2012..

8. S. Sinsky and T. Boddenheimer, “Powering-up primary care teams: Advanced team care with in-room support,” Annals of Family Medicine*,* vol. 17, no. 4, pp. 367-371, 2019.

9. A. Misra-Herbert, L. Amah, A. Rabovsky and et al, “Medical scribes: How do their notes stack up?,” Journal of Family Practice, vol. 65, no. 3, pp. 155-159, 2016.

10. Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Ten minutes for the family: Systemic interventions in primary care. Londres: Routledge; 2004.

11. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

12. Carter B, McGoldrick M, Organizadores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia de familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.

13. Harzheim E, Oliveira MMCd, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013;8(29).

14. R. Janett and P. Yeracaris, “Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned,” Ciencia e Saude Coletiva*,* vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020.

15. P. Campanella, E. Lovato and C. Marone, “The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis,” European Journal of Public Health*,* vol. 26, no. 1, pp. 60-64, 2016.

16. J. Gill, E. Ewen and M. Nsereko, “Impact of an electronic medical record on quality of care in a primary care office,” Delaware Medical Journal, 2001.

17. American-College-of-Physicians, Patient Safety in the Office-Based Practice Setting, Philadelphia: American College of Physicians, 2017.

18. AHRQ, “Patient Safety Primer--Ambulatory Care Safety,” [Online]. Available: https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/16/patient-safety-in-ambulatory-care. [Accessed 10 09 2019].

19. T. Bodenheimer, “Building Powerful Primary Care Teams,” *Mayo Clinic Proceedings,* pp. 1135-1137, 2019.

20. P. Anderson and M. Halley, “A new approach to making your doctor-nurse team more productive,” Family Practice Management, pp. 35-40, 2008.

21. D. Solet, J. Norvell and G. Rutan, “Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs,” Academic Medicine, pp. 1094-1099, 2005.

22. The Joint Commission, “Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care,” 2018. [Online]. Available: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf. [Accessed 10 09 2019].

CAPÍTULO 3

GESTÃO DE SAÚDE POPULACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Alberto José N. Ogata

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

A Gestão de Saúde Populacional (GSP) exige várias ações das equipes de saúde para ser efetiva e promover os resultados necessários. Entre as várias demandas, destacam-se a importância de entender a influência dos determinantes sociais na saúde das pessoas, o conhecimento do conceito de Saúde Populacional e como operacionalizá-la, a seleção dos indicadores e dos processos de gestão. Além disso, é preciso organizar o trabalho das equipes para que elas possam navegar, de maneira tempestiva e com base em dados fidedignos, o cuidado em saúde dos beneficiários, buscando apoiá-los no alcance das metas pactuadas.

Trabalhar dessa forma, na APS da Saúde Suplementar, impõe alguns desafios, uma vez que nem sempre a equipe tem acesso a todos os dados da população a ela adscrita, em especial, os de utilização dos serviços dos demais níveis do sistema de saúde. Outro ponto importante são as questões relacionadas à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que nos impõe novos cuidados no manuseio das informações geradas por outros profissionais (ver Capítulo 4) e, por fim, a captura de elementos para conhecer o perfil de saúde da carteira. Atualmente, no geral, o preenchimento de documentos pelos beneficiários dos planos de saúde, quer seja na empresa ou em seus domicílios, também exige o desenho de estratégias.

A tarefa é desafiadora e impõe a todos os envolvidos a necessidade de se debruçarem para organizar as soluções que, cada vez mais, exigem processos inovadores. Precisa-se, pois, contar com sistemas que tragam velocidade e auxiliem a tornar o trabalho mais digital, corroborando para que o cuidado seja amplo, integral e que possa elevar o nível de saúde da população.

CONCEITO DE SAÚDE POPULACIONAL

Saúde Populacional pode ser definida como "*os desfechos em saúde em um grupo de indivíduos de uma população adscrita (a uma equipe ou a um serviço), incluindo-se, também, a distribuição de tais desfechos dentro deste grupo*"[1]. Estes podem ser constituídos por empregados de uma empresa, beneficiários de um plano de saúde, a população de uma cidade, de um estado ou de um país.

A Saúde Populacional se refere, então, à saúde das pessoas, que recebe influências dos ambientes físico, econômico e social, além dos traços individuais, aspectos biológicos, desenvolvimento na infância e acesso aos serviços de saúde[2]. Neste contexto, o governo canadense, no documento *Strategies for Population Health*, descreve as características da Saúde Populacional[3]:

a. Aborda o espectro de fatores que determinam a saúde e não foca unicamente nos fatores clínicos ou riscos associados a uma doença particular;

b. Afeta a população inteira e não apenas pessoas doentes ou de alto risco.

A perspectiva da Saúde Populacional é contribuir para que as pessoas tenham a oportunidade de viver com boa qualidade de vida durante a maior parte da existência, reduzindo as suas condições patológicas e incapacidades. É um trabalho que deve fornecer insights tanto para o corpo clínico quanto para administradores, permitindo que estes identifiquem os pontos de melhoria e tomem ações visando a dupla resultado-custo[4].

DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE POPULACIONAL

Os determinantes sociais de saúde (DSS) têm sido cada vez mais considerados, principalmente por causa da recente pandemia de SARS-CoV2. As pessoas têm compreendido que saúde não se limita a cuidados médico oferecidos pelo sistema de saúde. Fatores relacionados aos meios utilizados para se deslocar, onde moram, com quem se relacionam, se tem acesso à educação e como trabalham trazem grande influência sobre o estado de saúde.

A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu os DSS como "*as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem*"[5]. Esta Comissão propõe um modelo baseado na proposta de Dahlgren e Whitehead[6] para categorização dos elementos. Neste modelo, os DSS são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença.

Assim, conforme a Figura 1, os indivíduos encontram-se na base desse modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. A camada seguinte, representada pelos comportamentos e estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos são dependentes de

opções pessoais e dos DSS, como o acesso a informações, alimentos saudáveis e lazer, entre outros. A próxima camada é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam outras de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social. Logo após, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos aqueles que se encontram em condição de pobreza. Por fim, a última camada expressa os macrodeterminantes referentes às situações econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, além dos determinantes supranacionais como o processo de globalização.



Figura 1 – Determinantes sociais de saúde[6].

FONTE: Adaptado de Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo, 2017[6].

SAÚDE POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Muitos estudos têm demonstrado fortes associações entre indicadores de saúde e aspectos socioeconômicos, como renda, nível educacional, saneamento básico e tipo de ocupação. O setor saúde é orientado a buscar alternativas de colaboração e trabalho integrado para a melhoria dos indicadores e do cuidado da saúde. Neste aspecto, a APS, a depender da forma como for organizada, contribuirá sobremaneira para o atingimento destes objetivos, uma vez que atua de forma contínua e próxima da população adscrita à equipe[7].

Este movimento tem início com a identificação dos fatores que podem influenciar os desfechos em saúde e inseri-los no planejamento da assistência, trabalhando com os beneficiários por meio de planos de cuidado, metas, ações e prazos pactuados com cada pessoa, considerando sua necessidade e sua prontidão para o cuidado, visando sempre a conquista dos objetivos.

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial são as do aparelho circulatório, diabetes, câncer e as respiratórias crônicas, e têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso abusivo do álcool[7]. Estes fatores são comportamentais e precisam ser considerados nas estratégias de promoção e de proteção à saúde, em abordagem multiprofissional[7], a fim de que as pessoas sejam sensibilizadas para a mudanças de hábitos que favoreçam seu estado de saúde, por meio da melhoria do autocuidado. HealthPartners (2015)[8], ao descrever os trabalhos desenvolvidos na GSP, traz que esses comportamentos poderiam evitar 25% dos custos de assistência à saúde.

Os profissionais de saúde, por meio de suas organizações ou individualmente, contribuem para estimular a construção de políticas públicas que propiciem o acesso à saúde e seus determinantes, de maneira igualitária para toda a população, considerando a singularidade das pessoas.

A premissa em Saúde Populacional é buscar conservar a saúde e o bem-estar das pessoas ao longo da sua jornada na vida e não apenas abordar os problemas quando o indivíduo procura o sistema de saúde. Os sistemas de saúde precisam deixar de ser reativos, ou seja, acionados somente quando há problemas e complicações, mas identificar fatores de risco e comportamentos não saudáveis e realizar abordagens assertivas com o uso das mais avançadas técnicas que estimulem a mudança de comportamento.

OPERACIONALIZAÇÃO DA GSP NA APS

Do ponto de vista operacional, o conceito de Gestão de Saúde Populacional envolve o processo de gerir os diferentes indicadores de saúde para trabalhar com equidade, fortalecendo o engajamento das pessoas, com o objetivo de conquistar o cuidado adequado, ao longo do tempo[9].

O termo “Gestão de Saúde da População” refere-se à transformação em larga escala de esforços necessários para a reorganização e integração dos serviços em matéria de saúde pública, cuidados de saúde, assistência social e serviços comunitários, a fim de melhorar a saúde da população e a qualidade da assistência, reduzindo, ao mesmo tempo, o crescimento dos custos[10].

Nos Estados Unidos, o conceito de GSP, numa versão que se aproveita da definição elaborada por Evans e Stoddart (1990)[11], foi disseminado com a proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement*

e denominada de Tripla Meta (*Triple Aim - care, health and cost)*. Esta sugere que os sistemas de atenção à saúde precisam ser orientados para obterem, simultaneamente, três metas[12]:

a. Melhoria do nível de saúde da população;

b. Melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos;

c. Redução ou controle do gasto per capita.

Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população e o conceito de população é interpretado como aquela que é afiliada a um sistema de atenção à saúde com uma vinculação sanitária e não meramente financeira. Esta população deve receber cuidados seguros, efetivos, oportunos, centrados nas pessoas e equitativos, providos com custos eficientes (Institute of Medicine, 2001; Stielf e Nolan, 2012)[13,14].

Em revisão sobre o conceito de GSP, Steenkamer (2016)[15] apontou que as definições variavam no que diz respeito à descrição das atividades de gestão da saúde da população, embora todas contivessem elementos em comum, como:

- Estratificação dos riscos;

- Gestão de doenças e dos riscos presentes na população;

- Promoção da saúde e a prevenção de agravos;

- Gestão de dados;

- Avaliação de objetivos triplos (tripla meta).

A GSP consiste, então, em assumir a responsabilidade de gerir a saúde global e o bem-estar de um grupo definido e ser responsável pelos resultados de saúde. O objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados e dos resultados ao mesmo tempo[16].

Steenkamer et al (2020)[17] estudou as principais características de quatro iniciativas de GSP, em quatro países diferentes, e explorou as experiências dos participantes com a estratégia da GSP implementada e quais fatores e mecanismos influenciaram nos resultados. O estudo identificou cinco teorias iniciais do programa, consideradas importantes para o desenvolvimento da GSP. São elas:

1. Criar confiança, numa visão e compreensão compartilhada, para estabelecer o compromisso das partes interessadas;
2. Criar uma propriedade partilhada para alcançar os objetivos da iniciativa;
3. Compartilhar, entre as partes, um interesse financeiro visando reduzir os riscos e a sustentabilidade financeira;
4. Criar um ambiente de aprendizagem para assegurar a credibilidade da inciativa;
5. Criar a consciência dos cidadãos e profissionais sobre as atitudes e comportamentos necessários.

Analisando a importância da GSP, no contexto da Saúde Suplementar, depreende-se deste trabalho que as Operadoras de Planos de Saúde e as empresas contratantes precisam alinhar bem os objetivos da APS e estruturar os trabalhos de GSP de forma consistente, sensibilizando (ao mesmo tempo) as lideranças e os beneficiários para adesão aos novos desenhos de trabalho. Concomitante a isto, trabalhar para que os profissionais saibam executar a efetiva gestão de saúde das pessoas e todos, juntos, buscarem o engajamento dos beneficiários. Para o atingimento deste objetivo, o sistema de saúde precisa estar organizado e superar diversas barreiras, como a fragmentação do cuidado, os incentivos financeiros desalinhados com os desfechos clínicos desejados e o uso insuficiente dos recursos tecnológicos[3].

Há alguns componentes que podem contribuir para aprimorar a operacionalização da GSP, como: a adequada estratificação de risco, o conhecimento do perfil epidemiológico, o cuidado multiprofissional, a coordenação da atenção nos vários níveis do sistema de saúde, o acesso à APS, o estabelecimento de planos de cuidado, a educação para o autocuidado, a atenção para o estilo de vida, os fatores de risco para condições crônicas, a utilização de prontuários eletrônicos que sejam interoperáveis e o cuidado continuado[7].

O perfil de saúde e a estratificação do risco como insumo para a GSP

Um passo importante é conhecer o perfil de saúde das pessoas e realizar a estratificação ou segmentação da população com base nos níveis de risco para desfechos piores de saúde.

Estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Estratificar, para a gestão do cuidado, representa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, necessidades diversas — para tanto, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo[7]. A estratificação é extremamente útil, pois identifica as diferenças existentes entre as pessoas e os seus graus de necessidades, conforme os riscos. Conhecer os riscos de cada usuário ajuda as equipes de APS a adequar as ações, tanto individuais como coletivas, além de utilizar melhor os recursos da equipe e do serviço como um todo. A base de dados a ser trabalhada para a estratificação é a do uso dos serviços de saúde (base de utilização). Quando ela não é possível, pode-se aplicar questionários para conhecer o perfil da carteira que, neste caso, será autorreferido e exigirá confirmação ou não da equipe de saúde. Para este processo, é interessante a construção de um algoritmo em sistema para que seja automatizado.

Há várias formas de classificar os riscos e, no Brasil, utiliza-se a pirâmide do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), conforme Figura 2, proposta por Mendes (2012)[18], na qual o autor utiliza três modelos:

- Modelo da Pirâmide de Risco;
- Modelo de Cuidado de Crônicos (MCC);

- Modelo da Determinação Social de Saúde (Dahlgren e Whitehead)[6].

Na pirâmide do MACC, conforme a figura, o Modelo da Pirâmide de Riscos está colocado à esquerda; o Modelo de Atenção Crônica, ao centro, e o Modelo da Determinação Social da Saúde, à direita.

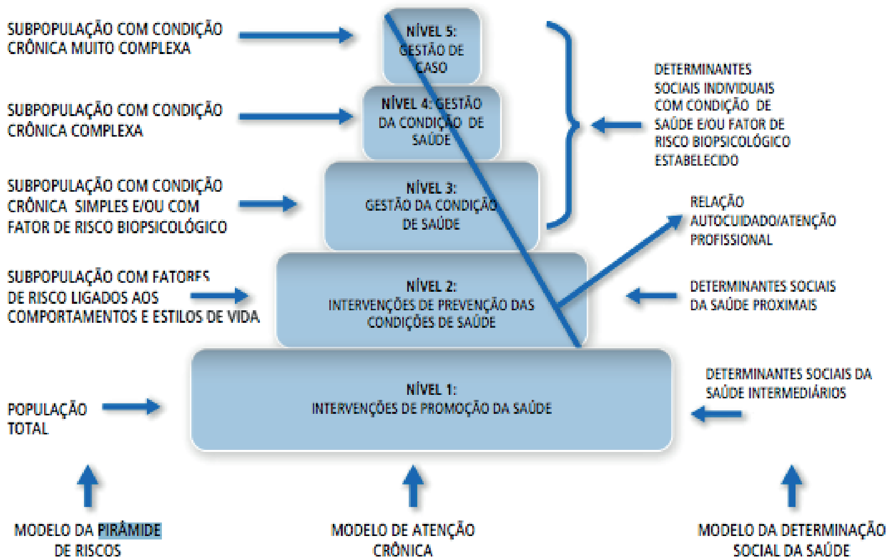


Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Fonte: Mendes (2012), p. 169.

Esta pirâmide, embora construída para o adequado gerenciamento das condições crônicas, é de grande utilidade na gestão de saúde da população, na medida em que descreve as ações que devem ser operacionalizadas pelas equipes em cada nível de complexidade.

De forma resumida, Mendes (2012)[18] propõe que, no **nível 1**, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais, entre outros. Avalia-se o grau de risco para contemplar no plano de cuidados, objetivando elevar ou manter o nível de saúde. Já no **nível 2**, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Estes determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais.

Os **níveis 3, 4 e 5** estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e de risco biopsicológicos. As intervenções são

predominantemente clínicas, operadas com base em protocolos e linhas de cuidado - é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito. **No nível 3**, opera-se principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado - com ênfase na atenção multiprofissional. **No nível 4**, trabalha-se com o autocuidado apoiado (multiprofissional) e o cuidado profissional (médico de família e especialistas) e, no **nível 5**, as condições crônicas são muito complexas e lida-se com pessoas que mais sofrem. Aqui falamos em gestão de caso com alta concentração de cuidado do médico de família e dos especialistas, além da abordagem de toda a equipe.

Neste contexto, para a gestão de todos os aspectos da saúde, do bem-estar aos cuidados complexos, o sistema de saúde deve acessar toda a população[7]. Isso propiciará uma atenção à saúde de qualidade e contribuirá para a sustentabilidade econômico-financeira do sistema.

O trabalho na carteira de clientes das equipes

A estratificação (citada anteriormente) permitirá que as equipes conheçam os riscos, as condições de saúde e as demais situações existentes na população a ela adscrita. A partir dessas informações, passará a buscar, de forma ativa, os beneficiários (considerando os riscos, gravidade ou particularidade de cada pessoa) para os atendimentos, o estabelecimento de metas e das ações, de forma pactuada com cada um.

É importante avaliar e conhecer a capacidade de autocuidado de cada indivíduo no estabelecimento e pactuação das metas. Esta capacidade é, até certo ponto subjetiva, pois *"depende da percepção do profissional e da equipe de Saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica"*[7] ou de estado de saúde. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças necessárias; a importância dada à condição, a presença e a força das redes de suporte social[7]. Esta capacidade deve ser periodicamente avaliada, pois as circunstâncias da vida promovem mudanças nelas.

A equipe ou um profissional, devidamente treinado, poderá efetuar a análise, o julgamento e a classificação da capacidade para o autocuidado em **suficiente** ou **insuficiente**[19], conforme conhece a pessoa e o seu contexto. O Quadro 1 exemplifica um conjunto de situações em que se considera tal característica como insuficiente.

– Pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica. Por exemplo: com expectativa de cura ou controle em curto prazo.

– Pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazos.

– Pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento, isto é, que não demonstram interesse em realizar transformações nos próximos meses.

– Pessoas com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).

– Pessoas com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições.

– Pessoas com postura reativa às suas condições crônicas, que reduzem sua sociabilidade e tornam-se reclusas por causa de suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas.

– Pessoas que se recolhem em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua situação.

– Pessoas que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas. Exemplo: usuário obeso que desiste do plano de cuidados ao ver que não perdeu peso.

– Pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias.

Quadro 1 – Situações que ajudam a ilustrar circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente[19].

Fonte: Stumer PL, Bianchini I. In: Brasil. Ministério da Saúde. 2014[19].

Outro ponto importante a considerar na GSP é o estágio de motivação para a mudança, uma vez que as ações serão operacionalizadas pela própria pessoa, em prol de sua saúde (seja mantendo ou melhorando o seu nível ou recuperando-a, em casos de problemas de saúde já instalados).

O Modelo Transteórico[20,21], de Prochaska e DiClemente, descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes:

- **Pré-contemplação** (“I won’t”) **–** Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão;

- **Contemplação** (“I might”) **–** Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente;

- **Preparação** (“I will”) **–** Decide mudar, planeja, cria condições para isso e revisa tentativas passadas (se existiram);

- **Ação** (“I am”) **–** Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança;

- **Manutenção** (“I have”) **–** Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída;

- **Recaída –** Falha na manutenção e na retomada do hábito ou comportamento anterior/retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Após efetuado o mapeamento da capacidade de autocuidado, a identificação do estágio para a mudança e tendo conhecimento do risco para cada beneficiário, a equipe estrutura, em parceria com a pessoa e sua família (sempre que houver necessidade), o plano de cuidados. Este tem como objetivo desenhar as ações, estabelecer as metas e os prazos para o seu alcance. Neste desenho, são considerados os riscos, o grau de

complexidade, a gravidade e a capacidade de autocuidado de cada indivíduo, bem como o apoio da família. Importante definir: *"o que precisa ser feito; como será feito; quem proverá os serviços; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. Essa etapa exige criatividade para se escolher a melhor alternativa para que os objetivos sejam alcançados*."[7] Via de regra, inicia-se com metas menores (exemplo: caminhadas de 30 minutos, três vezes na semana, até conseguir chegar a caminhadas diárias de 60 minutos, se esta for a meta estabelecida).

Importante identificar situações que possam motivar as pessoas para mudança de comportamento, como o nascimento ou o casamento de um filho, a formatura de um neto, a posse em um novo trabalho ou novo cargo, entre outros. É essencial conhecer os recursos da família e a rede de apoio, para que possam ajudar a implementar o plano de cuidado. A equipe apoia as pessoas em suas conquistas, por meio de atividades que promovam o engajamento e este trabalho se dá por meio de ferramentas de gamificação ou por telefonemas e, até mesmo, presencialmente (se indicado). O que importa é estimular as pessoas em seus processos de mudança.

Segundo HealthPartners (2015)[8], há autores que classificam os pacientes em: na meta, perto da meta, mais distante da meta e não engajados. Os que estão na meta recebem ligações de lembretes, em momento apropriado e que pode ser feito por pessoal administrativo do serviço de APS. Para os próximos da meta, o enfermeiro faz avaliação detalhada das necessidades de o paciente para a equipe trabalhar com ele. Os mais distantes da meta são abordados por mais de um integrante da equipe, em conferência de manejo de assistência, mensalmente. Nesta periodicidade, os membros da equipe revisam a lista destes pacientes e elaboram um plano para cada indivíduo. A partir disso, os enfermeiros ou técnicos de enfermagem fazem ligações para auxiliar na lembrança ou organizam reuniões para ajudar os pacientes na conquista de melhores resultados. Para os não engajados, toda equipe oportuniza várias estratégias facilitadoras de engajamento. O trabalho é para vencer a inércia dos pacientes e, para tanto, não pode haver inércia na equipe de APS[8].

Assim, os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, como é a vida das pessoas e, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e efetuados ajustes nas intervenções, sempre que preciso.

Uma GSP bem-sucedida implica suprir essas necessidades em vários campos: "*criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte*", se a situação for bastante grave.[7]

Navegação como forma de garantir a GSP

A navegação dos pacientes surgiu na área da oncologia, nos Estados Unidos da América, em estudos sobre a diferença da cura do câncer entre as mulheres brancas e as negras. Descobriu-se barreiras no processo de cuidado e que favoreciam a cura das brancas em relação às negras. Assim, o Dr. Harold Freedman criou o sistema de navegação, ajudando a transpor as barreiras de cuidado que dificultavam melhores resultados para as negras[22]. Desde então, este modelo de navegação vem sendo extrapolado para outros cuidados, com o mesmo objetivo: facilitar o percurso correto, no tempo estipulado e com os profissionais exigidos para que os resultados sejam os melhores possíveis.[22,23]

O trabalho do navegador é atuar como uma espécie de "advogado" da linha de cuidado do paciente, guiando-o e "navegando-o" durante todo o cuidado, de forma a eliminar qualquer barreira que possa existir e prejudicar o sucesso do cuidado.

A navegação de pacientes, segundo Rodrigues (2021)[24], *"realizada pelo enfermeiro, é descrita como uma intervenção para reduzir os atrasos nos acessos aos serviços de saúde e proporcionar um atendimento personalizado durante toda a trajetória do tratamento. Trata-se de um modelo de prestação de cuidados centrado na pessoa. O foco da navegação é promover a oportuna movimentação e efetivo direcionamento de um paciente por meio de um continuum de assistência à saúde que, muitas vezes, é complexa."* [24]

Assim, no processo de gestão de saúde das pessoas, é preciso garantir que o cuidado previsto esteja sendo efetivo, exigindo que um ou mais integrantes da equipe desempenhe o papel de navegador.

Após a definição de qual profissional executará a navegação, o ideal é que haja um treinamento sobre o tema e que, a partir da necessidade de cada pessoa, o navegador passe a fazer os contatos monitorando o status da adesão dos planos de cuidado e auxiliando no percurso dos beneficiários.

MONITORAMENTO DOS PLANOS DE CUIDADO E DOS RESULTADOS

De forma sistemática, a equipe precisa verificar o status do cuidado da população pela qual é a responsável. O médico de família, a enfermeira e o técnico de enfermagem são os profissionais que nucleiam este processo, que pode ter a cooperação de todos os profissionais que trabalham no serviço de APS.

É importante que os profissionais saibam o perfil demográfico e epidemiológico da sua carteira, o status das diferentes condições de saúde, do controle das patologias crônicas (quem está compensado e quem não está), os motivos que dificultam melhores conquistas para as diferentes pessoas e decidam, conjuntamente, quais passos serão dados para apoiar as pessoas em sua trajetória. É igualmente importante conhecer a situação vacinal, os problemas familiares, do trabalho, como está o acompanhamento das gestantes e das crianças e, inclusive, as de violência doméstica de qualquer natureza, se existirem. Em

todas as circunstâncias, as equipes precisam pactuar ações nos planos de cuidados e até mesmo dar encaminhamentos para especialistas ou serviços de natureza legal, quando extrapolar sua capacidade de atuação.

Assim, para monitorar de forma mais efetiva, os serviços precisam trabalhar com indicadores de estrutura, processos e resultados (ver Capítulo 4) e efetuar análise sistemática deles, de forma a ter uma prática baseada em evidências científicas e com informações obtidas a partir dos dados gerados nos painéis de gestão.

Um dos objetivos do monitoramento dos resultados é identificar e trabalhar para minimizar ou extinguir os GAPS de cuidado. Para Cook (2000)[25], GAPS traz a noção de lacunas, que são descontinuidades em cuidados necessários. Podem aparecer como perdas de informação ou do momento certo ou, ainda, interrupções na prestação de cuidados ou na realização do autocuidado. Um dos papéis das equipes de APS é identificar os GAPS e trabalhar de forma proativa para o "fechamento destas lacunas", proporcionando o cuidado certo, no momento certo.

Os estudos apontam que um dos maiores obstáculos na GSP bem-sucedida é a gestão das mudanças necessárias para implementar novas formas de trabalho. Para Tas (2022)[26], *"a mudança é sempre difícil porque requer mudanças de processos, papéis e responsabilidades, renunciando a incentivos anteriores e iniciando uma nova curva de aprendizagem".* As práticas devem evoluir no sentido de abraçar novas formas de trabalho, buscar o máximo possível ser digital e vislumbrar progressos substanciais.

Outro ponto é o nível de envolvimento das pessoas com seus prestadores de cuidados, sendo vital para o sucesso da GSP. Os cuidados precisam ser proativos e centrados nas pessoas, contemplando sua singularidade. Trabalhar para que as pessoas estejam cientes de que são os maiores influenciadores de sua própria saúde e que as escolhas do dia a dia precisam ser planejadas e focadas nos resultados almejados e pactuados.

Como em qualquer nova iniciativa, só podemos ter sucesso na realização de mudanças se houver um alinhamento no pensamento e na capacidade da organização. Para tal, é necessário que a orientação e os conhecimentos adequados sejam trazidos a bordo e desenvolvidas estratégias claras para manter os resultados a curto prazo, ao mesmo tempo que são estabelecidos novos modelos a médio e longo prazos.[26]

A atenção gerenciada, pelo menos no conceito, foi projetada sobre o princípio da longitudinalidade[27] (ver Capítulo 2) e exige a identificação do beneficiário com um profissional que será a sua referência (no caso da APS, será o médico de família). Assim, é necessário o esforço conjunto dos prestadores, das Operadoras de Planos de Saúde e das empresas contratantes para que, cada vez mais, a livre escolha seja desestimulada para a população-alvo da APS, pois ela interfere no estabelecimento de uma boa relação com o profissional de referência da APS e, por conseguinte, limita a gestão de saúde dessas pessoas, uma vez que os dados ficam dispersos na rede assistencial e não há sistemas integrados.[27]

REFERÊNCIAS

1. Lewis N. Populations, population health, and the evolution of population management. making sense of the terminology in US health care today. Institute for Healthcare Improvement. [Acesso em 3 de março de 2022]. 2014. Disponível em http://www.ihi.org/communities/blogs/population-health-population-management-terminology-in-us-health-care

2. Skochelak, SE, Hawkins RE, Lawson LE, Starr SR et al. Health Systems Science. 2.a ed. Philadelphia, PA, Elsevier Inc, 2021.

3. Young TK. Population health: concepts and methods. 2.a ed. New York, NY: Oxford University Press, 2005.

4. Anahp (BR). Saúde populacional como estratégia para mudança do setor. Homepage oficial [Internet] 2018. [acessado em 2022 Mar 03]. Disponível em: https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/saude-populacional-como-estrategia-para-mudanca-do-setor/

5. Lewis N: Populations, population health, and the evolution of population management. making sense of the terminology in US health care today. Institute for Healthcare Improvement. Disponível em http://www.ihi.org/communities/blogs/_layouts/ihi/community/blog/itemview.aspx?List=81ca4a47-4ccd-4e9e-89d9-14d88ec59e8d&ID=502014

6. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Revista Saúde em Debate. RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet] 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

8. HealthPartners. Processo de assistência modelo e relações curativas continuadas. In: Bisognano M, Kenney C. Buscando o Triple Aim na saúde. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

9. Hodach R, Grundy P, Jain A, Weiner M. Provider-led population health management. Key strategies for healthcare in the cognitive era. 2.a ed. Indianopolis, IN. John Wiley & Sons Inc. 2016.

10. Steenkamer B, Weger E, Drewes H, Putters K, Oers HV, Baan C. Implementing population health management: an international comparative study. Journal of Health Organization and Management Vol. 34 No. 3, [Internet] 2020. [acessado 2022 mar. 03]. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2019-0189/full/pdf?title=implementing-population-health-management-an-international-comparative-study.

11. EVANS RG; STODDART G L. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008 May-Jun;27(3):759-69.

13. Institute for Healthcare Improvement. Triple aim concept design. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2009. [Acessado 2022 Mar 08]. Disponível em: http://www.ihi.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx

14. Stielf M, Nolan K. A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita cost. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012.

15. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of Literature. Popul Health Manag. 2017 Feb;20(1):74-85. doi: 10.1089/pop.2015.0149. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27124406. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27124406/

16. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. CSDH final report. Geneva: WHO; 2008.

17. Steenkamer B, Weger E, Drewes H, Putters K, Oers HV, Baan C. Implementing population health management: an international comparative study. Journal of Health Organization and Management Vol. 34 No. 3, [Internet] 2020. [acessado 2022 mar. 03]. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2019-0189/full/pdf?title=implementing-population-health-management-an-international-comparative-study

18. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

19. Stumer PL, Bianchini I. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde. [Internet] 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

20. Ludwig MW, Dutra NS, Boff RM, Feoli, AMP, Gustavo AS, Macagnan FE, Oliveira MS. Protocolo de Intervenção Baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para Síndrome Metabólica. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, [Intenet] 2021, v. 37, e3740. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/pw8pDSHYbSm3HGjy4SV9qfS/?format=pdf&lang=pt

21. Szupszynski, K.P.D.R., Ávila, A.C. (2021). The Transtheoretical Model of Behavior Change: Prochaska and DiClemente's Model. In: Andrade, A. L. M. et al. (2021). Psychology of Substance Abuse, Springer, ISBN978-3-030-62106-3

22. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. Cancer [Internet]. 2011 [acessado 2022 Mar 07]; 117(suppl 15):3539-42. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557777/pdf/nihms712733.pdf

23. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2018;39:e2017-0102. [acessado em 2022 Mar 09]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cQ6Vhk5Qx6LxB88c95smxXs/?format=pdf&lang=pt

24. Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Resultados clínicos da navegação de pacientes realizada por enfermeiros no cenário da oncologia: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. [Internet] 2021;74(2). [acessado em 2022 Mar 07]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/LpQwXL47CbMkzv6w7tnLcRG/?format=pdf&lang=pt

25. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):791-4. doi: 10.1136/bmj.320.7237.791.

26. Tas J. Population health management: the barriers, benefits and bridges. Taking a new look at health eco-systems. Philips Homepage. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Mar 02]. Disponível em: https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/blogs/innovation-matters/population_health_management.html

27. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2022.

AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Bernardo João Rachadel Júnior

Gizelli Aires Ribeiro Nader

Sandra Rejane Soares Ferreira

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

A Avaliação e os Sistemas de Informações abordados no presente capítulo objetivam fornecer ao público leitor o conhecimento necessário para iniciar os processos de monitoramento e de avaliação ou fazer um paralelo com o que é desenvolvido em seu espaço de trabalho, de forma que o conhecimento aqui adquirido possa contribuir para a inovação incremental na Atenção Primária à Saúde (APS).

O propósito dos autores em trabalhar esses dois temas relevantes, em um mesmo capítulo, se deve à experiência acumulada sobre o quanto os Sistemas de Informação podem facilitar os processos de monitoramento e de avaliação, tornando-os mais automatizados e com regras para a entrada e saída dos dados, em campos estruturados.

Avaliar os serviços de saúde é uma necessidade, pois permite conhecer a realidade do que está sendo produzido (efetividade), comparar resultados com outros serviços, verificar se as metas estão bem dimensionadas e se foram atingidas, melhorar o desempenho do serviço, revisar processos de trabalho, trazer retorno (técnico, financeiro e social) e, o mais nobre de todos, contribuir de forma efetiva para a melhoria do nível de saúde da população vinculada ao serviço[1]. Atualmente, os Sistemas de Saúde indicam a importância de uma avaliação mais contextualizada, voltada ao cotidiano dos serviços e para além do planejamento em saúde da década de 1980[2].

A incorporação da avaliação nos processos cotidianos de trabalho dos serviços de APS tem sido um desafio, pois é uma tarefa que exige conhecimento, doutrina, método, tecnologias e a

participação de diversos profissionais e gestores, dada sua importância, complexidade e diversidade. Pode, ainda, configurar-se como um campo interdisciplinar e democrático onde os instrumentos de gestão estão alinhados com os sistemas de informação que por sua vez dão suporte à extração dos dados[1,2].

AVALIAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Avaliar, segundo Contandriopoulos et al[3], consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A avaliação auxilia na verificação dos resultados dos processos de trabalho para, se necessário, aperfeiçoá-los. Destaca-se que a medição do desempenho é multidimensional, podendo ocorrer em termos de qualidade, eficácia, eficiência, equidade e produtividade, entre outros. Todavia, independentemente do modelo utilizado, dos mais fragmentados aos mais complexos, o monitoramento e a avaliação tornam-se práticas essenciais em qualquer organização de alto desempenho[4].

Existem várias concepções teóricas e abordagens para realizar avaliação, mas um dos modelos mais bem-sucedido foi desenvolvido por Donabedian[5], que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Entretanto, a concepção ou o tipo de avaliação que será adotado depende de quem realizará a avaliação, quem vai usar a informação ou tomar uma decisão a partir dela. Diferentes atores têm objetivos diversos e isso precisa ser levado em consideração na escolha do método.

Para Donabedian[5], a avaliação da qualidade de um serviço de saúde se sustenta na tríade “estrutura, processo e resultado”, e seus componentes estão interligados de forma sistêmica, pois a estrutura apoia a execução do processo e este sempre gera resultados. Também, considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Já os resultados possuem características capazes de refletir os efeitos de todo cuidado, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo. O autor ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além de outros aspectos organizacionais incluindo os relacionados com os recursos materiais, que influenciam o processo[5].

ITEM AVALIADO	DESCRIÇÃO DO OBJETO
AVALIAÇÃO DA "ESTRUTURA"	Realizada com indicadores organizacionais, que indicam a existência de recursos, fluxos e protocolos, considerando fatores como a hierarquização do atendimento, a padronização dos procedimentos, os sistemas de informação, a produção dos serviços, os recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos. Os resultados são expressos quantitativamente, geralmente através de números absolutos e percentagens, e permitem conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços nos aspectos gerenciais.
AVALIAÇÃO DE "PROCESSO"	Realizada com indicadores que reflitam a forma de atuação; consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviço de acordo com os padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, a auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisa de opinião pública, entre outras.
AVALIAÇÃO DE "RESULTADO"	Realizada com indicadores que expressam os reflexos das medidas implementadas na saúde da população e as alterações nos perfis epidemiológicos

Figura 1 – Modelo de avaliação em saúde, segundo Donabedian[5].

Fonte: Reprodução de Donabedian[5].

Ao avaliar uma ação específica de saúde, a característica técnica é prioritária, devendo-se observar se os padrões de excelência são obedecidos no processo de execução. Além disso, por exemplo, pode-se avaliar a cobertura da ação e seu impacto sobre a saúde da população. Estes diferentes aspectos podem ser perfeitamente contemplados na proposta de avaliação de Donabedian, por meio da tríade estrutura–processo–resultado[5].

O processo de avaliação requer alguns cuidados, entre eles[6]:

- Analisar os dados (indicadores) produzidos no processo de trabalho relacionando-os ao contexto em que ocorre a experiência, gerando informações;
- Verificar se os objetivos planejados foram ou não alcançados e que fatores restringem ou contribuem para o seu alcance;
- Identificar quais foram as consequências das atividades realizadas, intencionais e não intencionais;
- Documentar as informações sobre as atividades de sucesso, os desafios, o alcance ou não dos objetivos e as oportunidades de melhoria.

Ao avaliar, é preciso considerar que a prática tem aspectos quantitativos e qualitativos e que ambos são importantes e estão inter-relacionados. A avaliação é um processo de reflexão crítica sobre a prática (coletiva e individual) e, se realizada de forma adequada,

permite identificar os avanços, as dificuldades e as limitações do processo de trabalho, bem como as possibilidades de superá-las[6].

Avaliar o trabalho na área da saúde é uma necessidade/responsabilidade e pode ser uma forma de ampliar a participação das equipes de saúde promovendo a aprendizagem contínua. O processo de avaliação de forma participativa permite[6]:

- Qualificar e aperfeiçoar as ações;
- Incorporar a experiência dos que executam a ação;
- Motivar a equipe, a população e gestores (tomadores de decisão);
- Envolver a população e a equipe numa perspectiva educativo-participativa;
- Apoiar os processos de tomada de decisão.

Políticas de avaliação são mais efetivas quando sistematizadas, escritas e comunicadas a respeito do que pretendem fazer, que recursos devem ser investidos e quem são os responsáveis, para, assim, serem implementadas de forma consciente e consequente[4].

INDICADORES DE SAÚDE: CONCEITO E USOS

Os indicadores de saúde podem ser definidos como instrumentos utilizados para medir uma realidade, um parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados do trabalho em saúde. E são importantes para verificação dos resultados das ações propostas dentro de um processo de planejamento e pode ser expresso como uma razão, uma proporção/taxa, médias, números absolutos, categorias ou um evento[7].

Os indicadores revelam em que medida os objetivos estão sendo alcançados, considerando as metas previamente definidas. Na área da saúde, são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões de uma equipe de saúde e/ou de um gestor. Por meio deles, é possível detectar áreas de risco e evidenciar tendências. Além desses aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas[7].

A eleição e a construção de indicadores

Recomenda-se que o indicador proposto esteja correlacionado à concepção metodológica escolhida para o processo de avaliação e que seja relevante, mensurável, sustentável e compreensível. Para buscar assegurar uma avaliação de qualidade, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)[7] recomenda a observação de alguns atributos na construção dos indicadores, além de que eles sejam estratificados por indivíduo, espaço e tempo. Os atributos de um bom indicador são[7]:

- **Validade:** medir o que se supõe que deva ser medido;
- **Relevância:** possui características importantes para o processo de avaliação dos objetivos e metas estabelecidos;
- **Confiável / objetivo / reprodutível:** capacidade de se obter o mesmo resultado em situações semelhantes ou com a medição realizada por diferentes pessoas;
- **Sensibilidade:** captar mudanças ocorridas na situação;
- **Especificidade:** refletir apenas as mudanças acontecidas na situação em estudo;
- **Fácil obtenção / oportuno/ mensurável:** dados disponíveis ou fáceis de serem obtidos;
- **Simplicidade de cálculo:** facilmente definido, descrito e interpretado;
- **Factibilidade:** facilmente executado de forma sustentável;
- **Aceitabilidade / ético:** significa respeito ao direito de confidencialidade das informações dos indivíduos.

Na área da saúde, tem sido comum que os indicadores sejam estabelecidos a partir da tríade proposta para a avaliação em saúde por Donabedian[5].

- **Estrutura** - Refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Exemplos de indicadores: número total de médicos para atender a população adscrita; número de equipamentos por sala comparado ao quantitativo de consultas/atendimentos esperados; número total de equipamentos em manutenção, entre outros.
- **Processo** - Relaciona-se ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados. Exemplos de indicadores: número de telemonitoramento por mês ou ano; percentual de cobertura de consultas de pré-natal, de rastreamento de câncer, de puericultura, de hipertensos, de diabéticos; número de pessoas inscritas no serviço de APS; entre outros.
- **Resultado** - Diz respeito às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações vinculadas ao serviço de APS. Exemplos de indicadores: percentual de hipertensos com pressão arterial controlada, de diabéticos com glicemia controlada, de asmáticos controlados; custo per capita; custo evitado (*saving*) no período analisado; número de beneficiários com satisfação medida pelo NPS acima de 70[8], entre outros.

Aprofundando um pouco mais a aplicação dos indicadores no cotidiano do trabalho: imagine que o serviço de APS possui uma Linha de Cuidado ou Ação Programática para o gerenciamento das pessoas com condições crônicas de saúde, por exemplo, hipertensão e diabetes. Que indicadores poderiam ser implementados e monitorados? Considere que estas pessoas serão acompanhadas em Consulta de Enfermagem, portanto,

em relação aos indicadores de estrutura para que a enfermagem faça a navegação dos pacientes seria necessário: *headset*, gravação das ligações, plataforma para teleatendimento com videochamada etc. Quanto aos indicadores de processo, o número de pessoas acompanhadas, o número de consultas presenciais, o número de consulta por telemonitoramento, entre outras. Quanto aos indicadores de resultado, o percentual de hipertensos com pressão arterial controlada, de diabéticos com glicemia controlada, satisfação dos usuários em relação à Consulta de Enfermagem, entre outros.

No planejamento do trabalho, a equipe ou gestores ou ambos precisam escolher que tipo e quais indicadores serão utilizados, qual (is) reflete (m) melhor o (s) resultado (s) esperado (s) das ações planejadas e, também, para a Empresa ou Operadora (como a viabilidade do negócio). A partir desta escolha, serão definidas as fontes de verificação e os instrumentos de coleta de dados, uma vez que a "alimentação" correta destes instrumentos é condição necessária para obtenção do resultado do processo de forma que reflita a situação real. Qualquer inconsistência nas fontes de verificação poderá comprometer o valor da informação e, portanto, o resultado. Quanto mais simples e compreensível for o instrumento de coleta de informações, melhor será essa captação e seu resultado. Neste sentido, destaca-se a importância dos sistemas de informação na qualificação do processo. A qualidade dos indicadores depende da qualidade da fonte de verificação e dos dados[7].

Definição e qualificação do indicador de saúde a ser avaliado

Para avaliar um indicador, o seu propósito e atributos precisam ser bem definidos. Ter clareza do indicador vai além de conhecer e descrever adequadamente o numerador e o denominador (se assim for construído). Algumas publicações (RIPSA, UNAIDS e a Lista de Referência Global da OMS de 100 Indicadores Essenciais) são referências úteis para esta análise[7]. A OMS recomenda verificar[7]:

- o título e a definição do indicador;
- o propósito e a fundamentação (determinar o que será medido);
- o método de mensuração ou cálculo do indicador;
- as fontes de verificação dos dados do indicador (instituições responsáveis e sistemas de informação);
- o método de coleta de dados;
- a frequência de coleta de dados;
- o nível de desagregação dos dados requeridos;
- as diretrizes para interpretação e uso do indicador;
- os pontos fortes, limitações e desafios do indicador; e
- a necessidade ou não de utilizar outras fontes de informação.

A avaliação dos indicadores de saúde deve envolver, se possível, os responsáveis pela produção, análise e interpretação dos dados e da informação. Eles devem conhecer os processos a serem realizados para monitorar as tendências e os contextos locais, regionais e nacionais. Convém lembrar que a maioria dos dados e as informações em saúde são produzidas em nível local por profissionais que conhecem melhor as características, pontos fortes e as limitações destes dados e da informação derivada. A necessidade de dispor na área de saúde de informação contínua e de qualidade é um forte motivo para fortalecer o uso dos sistemas de informação em saúde. Estes são ferramentas importantes para a coleta de dados para os indicadores e, quando eficientes, geram produtos que têm valor para a melhoria na atenção à saúde[7].

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS DADOS

O monitoramento dos dados sobre os cuidados em saúde prestados às pessoas, por meio de indicadores, aliado às análises dos profissionais, fornece informações para a avaliação dos processos de trabalho e para orientar a formulação e hierarquização de ações e estratégias de políticas de saúde. Fornece informações sobre a melhora ou a piora dos cuidados em saúde, promovendo maior transparência das informações para que gestores, equipes de saúde e beneficiários tenham informação para avaliar o contexto e tomar decisões[7]. Também é uma forma de identificar os problemas definidos como prioritários rapidamente, facilitando a quem compete tomar decisões e garantindo respostas mais ágeis aos problemas detectados[7].

O monitoramento deve ser um processo contínuo e todas as suas fases têm papel importante, desde a captação e análise dos dados até a produção de relatórios com as informações coletadas, pois a confiança do usuário no indicador informado está relacionada à segurança de que os dados obtidos refletem a realidade, não sendo mera percepção não fundamentada[7].

Cabe destacar que monitorar não é avaliar. O monitoramento é um processo que se preocupa com o rastreamento e coleta dos dados referentes aos indicadores estabelecidos nas metas de um projeto. Nesse sentido, os dados precisam ser “estressados”, ou seja, analisados, comparados e, por vezes, auditados, ou seja, têm de estar isentos de vieses de coleta e/ou de interpretação.

A avaliação requer a definição prévia dos indicadores monitorados – estes irão compor um resultado ou um conjunto de resultados — e deve demonstrar o impacto das intervenções planejadas. A avaliação se concentra na eficácia, sustentabilidade e replicabilidade, ou seja, se os resultados planejados foram alcançados; se a intervenção trará valor em longo prazo; e se a intervenção merece ser repetida, com base no custo-benefício, bem como em termos de seu sucesso na obtenção dos resultados planejados. Entretanto, para avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é fundamental monitorar os

indicadores para identificar se houve avanços, pontuar os obstáculos existentes, viabilizar o redirecionamento de ações previstas inicialmente no processo de planejamento, bem como delimitar novas estratégias para a melhoria dos processos de trabalho e alcance de maior resolutividade e eficiência (custo-benefício)[7].

A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A melhoria contínua da qualidade (MCQ) em saúde pode ser conceituada como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade do cuidado, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços. Em pesquisa realizada em 2018, para analisar a experiência das equipes de APS do Município do Rio de Janeiro em utilizar ferramentas de MCQ no seu processo de trabalho, somente 10% dos profissionais informaram que utilizam indicadores em saúde para nortear as ações a serem discutidas em reunião. Apenas 14% conseguiram realizar o itinerário completo dos seminários de MCQ com apoio de toda a equipe[9].

As equipes de saúde precisam conhecer o que é esperado para suas funções para poder monitorar e avaliar o próprio desempenho, identificando oportunidades de melhoria ou correção, bem como para implementar ações de prevenção, levando, assim, a um incremento contínuo do trabalho e, por conseguinte, do nível de saúde da população. Não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados, é necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação[10].

A avaliação da situação de saúde da população decorre, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da APS (sistemas de informação). Daí a importância de se compreender os processos avaliativos como integrantes do processo de trabalho e essenciais para orientação das práticas de saúde, pelas equipes[10].

A utilização no serviço de saúde de um painel de bordo com os indicadores é uma ferramenta que possibilita a medição do desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas pactuadas, o que permite aos profissionais se autogerenciarem, buscando a melhoria contínua dos resultados assistenciais[10]. O painel de bordo elenca, para cada objetivo, uma série de dados a serem coletados nos prontuários, conforme exemplos apresentados no Quadro 1.

A prática reflexiva considera que os avaliadores devam se debruçar sistematicamente sobre si mesmos com o objetivo de verificar como estão em relação às necessidades de quem os demanda. Este é um exercício que precisa ser fortemente incorporado no processo de trabalho das equipes de saúde da APS.

O GESTOR E O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O sistema de gestão tem enorme importância para as organizações, pois trabalham na tomada de decisões estratégicas, visando a sustentabilidade dos negócios. A tomada de decisão precisa ser pautada em dados e informações sólidas e, assim, são desenvolvidos cuidadosos planejamentos, orçamentos, onde os objetivos estratégicos são monitorados e avaliado por meio de indicadores, o que irá possibilitar que os gestores possam acompanhar o desempenho das organizações (e de suas equipes) para implementar ações que mitiguem ou corrijam problemas ou, ainda, possam verificar que estão no caminho definido ou escolhido[10]. Para que a alta direção possa debater e definir os resultados, é preciso haver uma harmonização de entendimentos acerca do que pode ser reconhecido como tal[11].

Há algum tempo tem-se trabalhado na perspectiva de gerir os serviços de saúde de forma orientada por resultados e quando este norte é sustentado pela gestão como um todo, os processos de avaliação são mais sólidos[12].

Para gestão por resultados, encontram-se distintos conceitos, mas aqui apresenta-se as definições e conceitos Paulo[11], que destaca quatro dimensões: (a) resultado como referência-chave para todo o processo de gestão; (b) atribuição de responsabilidades aos resultados pretendidos; (c) integração dos processos de gestão; (d) valorização de uma cultura organizacional com ênfase nos resultados, e não nos processos[11].

As organizações devem estar preparadas para a condução de processos de avaliação que envolvam todos os setores e permitam as discussões entre suas diferentes equipes, promovendo a reflexão sobre os caminhos que podem ser traçados para atingir um objetivo comum para todos, que é o sucesso da empresa e a satisfação de seus clientes e colaboradores[13].

Com o trabalho em equipe e uma gestão pautada em estratégias que promovam a discussão sobre a tomada de decisão, é possível atingir os objetivos propostos, considerando as diferentes variáveis e pontos críticos da atividade desenvolvida. A coleta, a análise, o tratamento de dados e as informações passam a ser fator de urgência, independentemente do segmento ou tamanho da organização e deve atender o nível estratégico (o mais elevado da organização, tendo a função essencial de equilibrar os interesses da instituição e a manutenção do seu meio), o tático (intermediário, a ele cabe assegurar a disponibilidade e organização de recursos, bem como a distribuição dos bens e/ou serviços da organização) e o operacional (deve assegurar o cumprimento das distintas tarefas, segundo suas particularidades, com a melhor eficiência e eficácia)[14].

O plano estratégico deve comunicar, de forma clara e simples, quais são os resultados perseguidos pela organização e como eles podem ser mensurados, permitindo o monitoramento e a atribuição de responsabilidade. Esses resultados devem dirigir uma gestão integrada entre plano, orçamento e implementação, moldando a estrutura da organização e seus mecanismos de incentivo[11].

A UTILIZAÇÃO DO PCATOOL NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS

Uma forma de avaliação dos serviços de APS é o uso do Primary Care Assessment Tool (PCATool). O instrumento foi validado nos Estados Unidos da América (USA) e possui um conjunto de 92 itens com confiabilidade e validade suficientes para avaliar aspectos de estrutura e processo da orientação à APS[15].

No Brasil, a versão do PCATool-Infantil aplicada aos cuidadores da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da rede de atenção básica da região sul de Porto Alegre (RS), foi validada em 2004 (revisada em 2012) e contempla os atributos essenciais e derivados[15].

Em estudo de validação realizado entre 2006-2007 (reavaliado em 2013), com a versão do PCATool para adultos, também na rede de serviços de Porto Alegre (RS), deu origem a um instrumento composto de 86 itens, que apresentou excelentes resultados de confiabilidade e revelou-se uma ferramenta adequada para captar a orientação à APS[15]. O PCATool-Brasil adulto possui três itens que medem o grau de afiliação do beneficiário/usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos da APS. Após estudos, viu-se ser possível uma versão reduzida do PCATool-Brasil, com maior capacidade de uso no cotidiano dos serviços. Para saber mais, acessar:

1. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG da, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. RevBrasMedFam Comunidade [Internet]. 4 de outubro de 2013 [acessado em 2022 Mar 09]; 8(29):274-8. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil. [Internet] 2020 [acessado em 2022 Mar 09]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf
3. Website [Internet] 2022. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **PCATool**-Brazil. [acessado em 2022 Mar 09]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/pcatbrazil/#home

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido como conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde[16]. É inegável a sua importância para a avaliação dos serviços, em qualquer processo ou nível de complexidade [16].

A informação é fonte fundamental para o desencadeamento de ações pautadas na realidade local e para a possibilidade de programação prévia, assim como identificação de obstáculos a serem transpostos. Mas é necessário primeiramente que esta seja clara e acessível para permitir sua real compreensão[17].

A forma com que o SIS for desenvolvido pode determinar o nível de qualidade dos dados e as possibilidades de avaliação, seja para tomada de decisão gerencial ou técnica.

Sistemas de Informações abertos, com poucos parâmetros e inteligência, tendem a ser, apenas, uma versão digital dos prontuários físicos.

As etapas de processamento, análise e transmissão da informação estão diretamente relacionadas às definições prévias, de onde quer se chegar, qual nível de informação é determinante para que seja possível auxiliar na garantia da operacionalização dos atributos da APS e conforme avançar na avaliação de valor em saúde.

O Sistema de Informação deve ser desenvolvido considerando as necessidades de avaliação, de estrutura, processos e resultados, bem como as demandas diárias dos processos de trabalho para atenção à saúde qualificada da população.

O sistema de informação como ferramenta para avaliação

Vimos anteriormente como podem ser organizados os indicadores de um serviço de saúde considerando o modelo estabelecido a partir da tríade proposta para a avaliação em saúde por Donabedian[5]. No Quadro 1, exemplifica-se como o sistema de informação pode efetivamente contribuir para que a avaliação seja realizada descrevendo-se no painel de bordo os três componentes da tríade de avaliação, os indicadores estabelecidos para cada componente, o tipo de dado que compõe o indicador e, por fim, a origem dos dados que serão coletados.

COMPONENTE	INDICADOR	DADO	ENTRADAS DE DADOS
ESTRUTURA	Acesso avançado (AA) ao atendimento	Profissional horário de atendimento, agenda (data e hora), horários disponíveis para AA e reservados	Agenda dos profissionais de saúde
	Acesso aos profissionais de saúde	Quantidade de equipes, pessoas cadastradas por equipe, sexo, faixa etária	Cadastro dos profissionas, cadastro dos beneficiários
	Utilização da capacidade instalada	Horários disponíveis para atendimento, horários da agenda utilizados	Agenda dos profissionais de saúde
PROCESSO	Registro na APS	Dados cadastrais, equipe	Cadastramento dos beneficiários ou data da primeira consulta
	Cobertura de consulta médica	Consultas realizadas, data, data do cadastramento, dados cadastrais dos beneficiários, ano	Prontuário do paciente, cadastramento
	Cobertura de exames de rastreamento	Exame realizado (por tipo de exame), data da realização, beneficiário, sexo, faixa etária	Prontuário do paciente ou pagamento aos exames e cadastramento
	Cobertura de telemonitoramento	Telemonitoramento realizado, data da realização, data do cadastramento, beneficiário cadastrado	Prontuário do paciente cadastramento
	Cobertura dos atendimentos, conforme as linhas de cuidado	Atendimentos e exames realizados, data da realização, beneficiário, sexo, faixa etária, linha de cuidado	Prontuário do paciente ou pagamento aos examess/ atendimentos e cadastramento. Obs: as linhas de cuidado podem estar parametrizadas no próprio prontuário ou em sistema específico
RESULTADOS	Satisfação dos beneficiários	Pesquisa de satisfação	Pesquisa de satisfação
	Doença crônica compensada	CID, data do diagnóstico, data do último registro de verificação, tabela de parâmetros de compensados, beneficiário	Prontuário do paciente
	Custo assistencial	Valores pagos pelos serviços realizados, beneficiário, faixa etária, sexo, tipo de atendimento, tabela de parâmetros de valor, linha de cuidado	Pagamentos aos serviços de saúde, cadastramento
	Internações evitadas por Condições Sensíveis à APS (ICSAPS)	Beneficiário, motivo da internação ou CID da alta, data da internação e de alta, parâmetros para internações por CSAPS	Prontuário do paciente, motivo da internação (essa entrada dependerá do processo definido para obtenção do dado), cadastramento, pagamento do hospital

Quadro 1: Painel de bordo com os elementos coletados no Sistema de Informação que comporão o processo de avaliação do serviço.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os dados necessários para formatar a avaliação da estrutura, processo e resultados da APS também podem ser estratificados em equipe, profissional e/ou beneficiário, dependendo do objetivo da avaliação e sua audiência.

Considerando que Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, não podemos deixar de abordar a essencialidade da integração de dados, com objetivo de englobar o plano terapêutico, em todos os níveis de atenção. Juntando os dados por meio de utilização de prontuário único ou de captação e compartilhamento entre os serviços (consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais), é possível a realização efetiva da gestão do cuidado[16].

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Registros da atenção à saúde prestada à população são essenciais e devem conter todo o histórico do paciente, desde o nascimento até a morte. As informações servem para adequar e direcionar o cuidado em saúde da equipe multiprofissional. Além disso, dão suporte à pesquisa, ao ensino e ao gerenciamento dos serviços, e são também um documento legal dos atos realizados pelas equipes de saúde[18].

A Resolução do CFM 1.638/2002 define que prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo[18].

Conforme Bárbara Starfield[19], os prontuários e os sistemas de informações servem a quatro funções: (a) para auxiliar a memória dos profissionais no cuidado da saúde das pessoas e como uma ferramenta epidemiológica no planejamento da atenção à saúde das populações; (b) são documentos legais importantes, pois refletem a atenção prestada e fornecem evidências quando estas são colocadas à prova; (c) influenciam os processos de atenção; e (d) servem como fonte de informações a respeito da qualidade da atenção e indicam como melhorá-las[19].

Os prontuários em papel são as formas mais tradicionais. Todavia, esse tipo de documento é exposto aos riscos de quebra de privacidade e de extravio. Existe, ainda, a dificuldade para recuperação de informações importantes para tomada de decisão e/ou que devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Desta forma, a utilização de ferramentas de registro eletrônico, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), se torna imprescindível para a solução dos riscos relacionados ao manejo das informações e para evoluir em plataformas de interoperabilidade.

Existem diversas formas de registro em prontuário e um exemplo é o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS): o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). Conhecido como História Clínica Orientada ao Problema (HCOP), este modelo foi elaborado por Lawrence Weed, em 1960, por meio dos trabalhos *Medical records that*

guide and teach e Medical records, medical education and patient care. Os trabalhos consolidaram a forma de registro orientado por problemas e incorporaram o método SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) para registro da evolução clínica[19].

A dificuldade na área, segundo Rakel[20], "é um problema em qualquer item fisiológico, patológico, psicológico ou social, que seja de interesse para os profissionais de saúde ou para os pacientes".

Embora o Sistema de Saúde registre como problema o que foi apontado acima, é importante considerar o novo conceito de "condição de saúde", desenvolvido, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica e, depois, acolhido pela Organização Mundial da Saúde, dividido em condições agudas e crônicas. Segundo Mendes[21], "às condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias".

A forma como o PEP será construída direciona para uma determinada concepção na forma de prestar atenção à saúde, portanto, fundamentá-lo na perspectiva da identificação das condições de saúde e história de vida pode potencializar o trabalho da equipe multiprofissional na direção do cuidado integral e integrado, bem como da longitudinalidade e da ampliação do vínculo. Conforme citado anteriormente, uma das funções do prontuário é influenciar o processo de atenção. À medida que o prontuário é idealizado e formatado como ferramenta para o auxílio dos cuidados em saúde, ele pode tornar-se um potencializador dos resultados.

A utilização de ferramentas de registro de saúde eletrônico vem aumentando nos últimos anos. Dados de 2021 da *National Survey of Canadian Physicians* mostram que, de 2017 até 2021, o uso entre os profissionais cresceu de 82% para 87%. Esse fato retrata a importância da compreensão sobre as ferramentas eletrônicas para os registros[22]. O primeiro passo para o entendimento sobre o PEP é conhecer os itens que o compõem. De acordo com a Resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002[18], os componentes do PEP são:

a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais ele foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do Conselho Profissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais é impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato completo da avaliação e todos os procedimentos realizados para o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Além dos cinco itens citados, os aspectos não funcionais dos PEPs são imprescindíveis para o sucesso da utilização e do engajamento dos atores envolvidos no processo. Dentre eles, pode-se citar a usabilidade, a qual deve ser maximizada para ganhos em adesão, eficiência e qualidade do registro da atenção aos usuários.

A Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007[23], ainda traz outros aspectos que levantam atenção aos usuários e desenvolvedores de sistemas de PEPs relacionados à segurança e controle das informações. A legislação refere-se ao Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SBIS) como direcionador dos aspectos que autorizam a dispensa da guarda em papel e prontuários[24]. Sendo assim, para que um PEP esteja apto a substituir plenamente a guarda de papéis, deve-se atender os requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS 2), relativo ao SBIS. A seguir descreve-se a definição dos níveis de garantia de segurança conforme o Manual de Certificação[24]:

- **Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS1):** padrão mínimo de segurança da informação, o qual estabelece todos os elementos essenciais necessários para uma operação segura e com garantia do sigilo dos dados registrados no sistema, não se aplicando, contudo, aos sistemas que pretendem eliminar a impressão de registros em papel [24].
- **Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2):** além de contemplar todos os requisitos do NGS1, incorpora também recursos de Certificação Digital necessários para que o sistema opere sem a geração de registros em papel (paperless)[24].

A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)[25] determina as condutas a serem adotadas para o tratamento de dados pessoais no Brasil, descritas assim no seu texto original: "*...dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.*" A legislação, portanto, traz novos alicerces para a proteção e privacidade de dados dos indivíduos.

Para melhor compreensão da lei, destacam-se dois aspectos a serem observados: os princípios (características prévias e a boa-fé) e as hipóteses de bases legais para tratamento de dados[25]. São eles[25]:

I. finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

II. adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;

III. necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;

IV. livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;

V. qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;

VI. transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

VII. segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;

VIII. prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

IX. não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;

X. responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Além da apresentação dos princípios como parâmetros fundamentais para o direcionamento do tratamento de dados, a lei traz as hipóteses, ou bases legais, nas quais os dados pessoais podem ser aplicados e tratados por terceiros. São elas[25]:

I. mediante o fornecimento de consentimento pelo titular;

II. para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

III. pela administração pública, para o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis e regulamentos ou respaldadas em contratos, convênios ou instrumentos congêneres, observadas as disposições do Capítulo IV desta Lei;

IV. para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;

V. quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, a pedido do titular dos dados;

VI. para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;

VII. para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;

VIII. para a tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da área da saúde ou por entidades sanitárias;

IX. para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;

X. quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem os direitos e liberdades fundamentais do titular de forma que exijam a proteção dos dados pessoais; ou

XI. para a proteção do crédito, inclusive quanto ao disposto na legislação pertinente.

Tendo o entendimento destes pontos, várias organizações de saúde têm buscado a adequação à lei e seus pressupostos. Estas frentes de ação têm gerado muitas dúvidas e questionamentos sobre quais pontos devem ser levados em consideração e quais os possíveis impactos a serem gerados contra a organização.

Considerando o papel, definido na LGPD[25], de controlador dos dados como a entidade responsável pela gestão dos sistemas informacionais que tratam informações pessoais, há várias organizações que se enquadram para esse papel, dependendo do processo definido. São elas: as operadoras, as agências governamentais e prestadores, entre outras. Aos controladores, após o advento da LGPD, cabe uma reavaliação na forma de gerenciar os dados. Segundo Gregori[26], passarão a ter limitações no acesso de informações, pois todos os dados pessoais e, especialmente os sensíveis, precisarão seguir um ritual de gestão próprio. Será necessário instituir dentro das empresas a figura do encarregado pelo tratamento de todos os dados pessoais disponíveis, que será o responsável em implantar a LGPD na empresa; precisarão definir qual a real necessidade e destinação dos dados para o negócio; depois que tiverem certeza de que necessitam de determinado dado pessoal, deverão solicitar previamente o consentimento expresso com finalidade determinada do respectivo titular dos dados[26].

Observa-se que a LGPD traz ao cidadão uma segurança maior quanto à manipulação de seus dados e, em contrapartida, aos gestores, uma maior atenção aos princípios definidos na lei. A adequação não é resolvida apenas com a aquisição de um determinado sistema de informação ou a definição de um encarregado de dados, é necessário que se avalie a necessidade das informações tratadas e ainda todo o processo que seguem.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. Saúde Soc. São Paulo, v.28, n.2, p.95-110, [Internet] 2019. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2019.v28n2/95-110/pt

2. Teston LM, Mendes A, Carnut L, Louvison M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre.Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310127, [Internet] 2021. [acesso em 2022 Jan 28]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/sz9vrSpWGLJ9jSjQ4hr7hWf/?format=pdf&lang=pt

3. Contandriopoulos AP, ChampagneF, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, [Internet] 1997. p. 29-47. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf

4. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, Alves CKA, Hartz Z. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(12):5017-5028, [Internet] 2020. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fDNhNcTfsGDLBJN3Frzh8CK/?format=pdf&lang=pt

5. Donabedian, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

6. UNA-SUS, Universidade Federal de Santa Catarina. Gestão e Avaliação: avaliação em sistemas locais de saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Gestão e Avaliação na Atenção Básica. Eixo II - O Trabalho na Atenção Básica. 2ª edição, 2017. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35068/mod_resource/content/1/Unidade 3/top1_1.htmlhttps://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35068/mod_resource/content/1/Unidade%203/top1_1.html

7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos. Washington, DC: OPAS, 2018. [Acesso em 2022 jan. 27]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057

8. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1189-1196, [internet] 2020. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=pt

9. Ramos M, Brandão AL, Graever L, Campos CEA. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 26 de setembro de 2021 [acesso 2022 fev. 24];16(43):2736. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2736

10. CONASS. Planificação da Atenção à Saúde. Oficina 6: Monitorando e avaliação na Atenção Primária à Saúde; 17ª CRS. Guia do participante. Rio Grande do Sul. [Internet] 2019. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/12085035-oficina-vi-monitoramento-e-avaliacao.pdf

11. Paulo LFA. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [3]: 981-1007, 2016. [acesso 2022 Fev 24]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/Y5VYdpKtMVZkhK4KwGj4pGy/?format=pdf&lang=pt

12. Bezerra, LCA. Gestão e avaliação do desempenho com foco nos resultados: estudo de caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Dissertação para a obtenção do grau de doutor em saúde internacional especialidade de políticas de saúde e desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Julho de 2019. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/104836/1/TESE_final.pdf

13. Maier JAR, Ferreira HS. A importância da tomada de decisões para a inovação e mudança nos ambientes organizacionais: Business Intelligence e Planejamento de Recursos na empresa (ERP) como fatores estratégicos. v. 7 ed. especial (2021): RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128

14. OLIVEIRA DPR. Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 30 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

15. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. [Internet]. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):256-63. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/823

16. Ferreira, SMGF. Sistema de Informação em Saúde. Conceitos Fundamentais e Organizacionais. Oficina de Capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde. NESCON/FM/UFMG. Tema: Sistema de Informação em Saúde. [intenet] Abril 1999. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf

17. Wurman, R. S. Ansiedade de Informação: como transformar informação em compreensão. Tradução de Virgílio Freire. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.

18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.638/2002 (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf

19. Starfield, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf

20. Rakel, R. E. Tratado de Medicina de Família. Editora Guanabara Koogan, 1995.

21. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

22. CANADA HEALTH INFOWAY. 2021 National Survey of Canadian Physicians - Quantitative Market Research Report. LEGER. 2021. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/reports/benefits-evaluation/3935-2021-national-survey-of-canadian-physicians

23. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM Nº 1.821/2007 (Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg.252). Modificada pela Resolução Nº 2.218/2018. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821

24. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (SBIS). Manual de Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. Versão 5.1. 2021. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: http://novosite.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_S-RES_SBIS_v5.1.pdf

25. Brasil. LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 Dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. 2018. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

26. Gregori, Maria Stella. Os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais na saúde suplementar. Revista de Direito do Consumidor. vol. 127. ano 29. p. 171-196. São Paulo: Ed. RT, jan.-fev./2020. [acesso 2022 Fev 24]. Disponível em: https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/1268/1189

CERTIFICAÇÕES PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Ana Carolina Custódio

Marília Ehl

Rosangela Catunda

INTRODUÇÃO

O conceito da qualidade é certamente um dos que mais acepções possui para as pessoas e instituições. A conceituação e aplicação de suas diversas definições depende de vários aspectos.

A palavra qualidade, quando usada isoladamente, leva implicitamente o conceito da qualidade de um bem ou serviço prestado ou fornecido por um produtor a um consumidor. É, portanto, um atributo definido, gerado e avaliado sob a interface desses dois agentes. Ao consumidor interessa basicamente o nível do serviço que um determinado fornecedor lhe presta. Nível este que convencionamos chamar de qualidade[1].

Em princípio, deve-se reconhecer que a palavra qualidade tem conotações subjetivas, pois a definição pode carregar percepções diferentes em função de seus objetivos, necessidades, expectativas, cultura ou percepção dos diversos valores que compõem e orientam os princípios e comportamentos. Por este motivo, é comum encontrar, inclusive no âmbito reduzido de uma mesma empresa, ou até num grupo de clientes e consumidores, conceitos conflitantes do que é qualidade[1].

A visão do homem de marketing, por exemplo, pode ser diferente da do especialista em desenvolvimento de produto, que é diferente de quem está na ponta e presta o serviço diretamente ao cliente, apesar de todos usarem a mesma palavra para identificar suas variadas versões do conceito de qualidade.

Por outro lado, qualidade é um dos fatores de compra ou contratação de um serviço, junto com preço e disponibilidade. O conceito de qualidade do ponto de vista de quem fornece produtos e serviços veio se aprimorando e sendo construído ao longo dos séculos, evoluindo da visão de qualidade como conformidade aos padrões de qualidade como excelência[1].

Em setores industriais, como petróleo e o setor nuclear, a qualidade na produção de bens e serviços vem sendo exigida há muitos anos. Desde meados do século XX, as empresas precisavam oferecer qualidade para sobreviverem no mercado. Depois da Segunda Guerra Mundial, o processo de reconstrução dos países que foram exterminados com o conflito, como o Japão, foi totalmente realizado com base em conceitos da qualidade. Estes, aplicados adequadamente à cultura japonesa, levaram toda nação a participar ativamente e de forma bastante competitiva nos melhores e maiores mercados mundiais[1].

Portanto, a qualidade pode ser definida como "satisfação do cliente", "perfeição", "conformidade com padrões ou especificações" e "adequação ao uso", dentre outras tantas definições[2].

No caso dos serviços de saúde, o conceito da qualidade está obrigatoriamente atrelado ao de segurança, e vem evoluindo desde 1918, quando a American College of Surgeons (ACS) publicou o documento *Standard of Efficiency*, que definia os primeiros requisitos de padrões de qualidade e com a criação da Joint Comission of Accreditation of Hospitals (JCAH), em 1950. No entanto, foi a partir da década de 1980 que países da América Latina e Ásia adotaram programas de acreditação e certificação[3].

No Brasil, os primeiros passos foram dados em 1935 com a publicação da Ficha de Inquérito Hospitalar. Até 1998 diversas iniciativas foram realizadas e documentos relacionados aos padrões de qualidade hospitalar foram publicados no país. Porém, foi somente em 1998 que surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com o objetivo de definir os padrões, o método de avaliação e de capacitar avaliadores[3].

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é responsável pela regulamentação do setor, vem promovendo e estimulando a implementação de iniciativas de indução de melhoria da qualidade e adoção de boas práticas. Dessa forma, a ANS liderou diversos projetos, como: o de adoção do parto adequado, o focado no tratamento adequado do idoso e o próprio programa de acreditação de operadoras de planos de assistência à saúde, instituído em novembro de 2011[1].

O aprendizado que a agência adquiriu com todos esses projetos implantados, possibilitou a estruturação de outros programas voltados à certificação de boas práticas no setor. O programa de certificação em boas práticas em Atenção à Saúde, por exemplo, foi instituído com base nessa vasta experiência da ANS ao longo dos anos.

A certificação em Atenção Primária à Saúde estabelecida pela ANS faz parte de um guarda-chuva maior de certificações que devem ser instituídas em futuro próximo, dentre eles, em Parto Adequado e em serviços de Oncologia. Para lançar estes programas, principalmente o de certificação em Atenção Primária à Saúde (APS), a ANS considerou alguns problemas regulatórios identificados pela agência, sendo que neste contexto há alguns pontos importantes.

O primeiro deles é a transição epidemiológica e demográfica da população brasileira. Atualmente, as condições crônicas de saúde são responsáveis pela maior carga

de doenças no Brasil, provocando o crescimento da despesa com cuidados relativos às doenças em todo mundo[1].

Um outro fator identificado pela ANS, no contexto do problema regulatório enfrentado, foi a estrutura atual da rede de serviços de saúde suplementar no Brasil, que é extremamente fragmentada e de baixa coordenação do cuidado prestado. A organização da prestação de serviços de saúde no país demonstrou a pouca coordenação do cuidado, aliada aos frágeis mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes para continuidade da atenção em outras instâncias da rede assistencial ou em outros níveis de cuidado[1].

Um terceiro fator fundamental é a ausência da determinação da porta de entrada do sistema de saúde suplementar e a indefinição de um fluxo para um percurso adequado para o paciente na rede. Com isso, prevalece o uso indiscriminado de emergências e de pronto atendimentos. Como primeiro acesso ao sistema, o beneficiário escolhe qual o médico que ele prefere ser atendido, dependendo dos sintomas que enfrenta. Na verdade, o hospital não poderia ser a referência de porta de entrada do usuário na rede e, por isso, é necessário que o redesenho da lógica assistencial contemple várias instâncias de cuidado antes de chegar ao hospital, devendo ser organizado preferencialmente numa rede de cuidados[1].

Um quarto e último ponto considerado no problema regulatório, identificado pela ANS, foi o sistema de prestação e remuneração de serviços de saúde. O modelo hegemônico no Brasil é o de pagamento por procedimentos, conhecido como *fee-for-service*, que se mostra completamente insuficiente e inadequado para agregar valor na prestação do serviço de saúde. O debate vem sendo realizado pelo setor já há algum tempo e apoiado pela agência reguladora, que implantou programas com intuito de compartilhar conhecimento sobre modelos inovadores de remuneração a prestadores de serviços de saúde[1].

Observa-se que o modelo de atenção à saúde atual é desintegrado, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, superespecializado e sem uma definição clara do fluxo do paciente na rede. Além disso, é pouco resoluto e é ineficiente ao não solucionar as demandas crescentes da complexidade do cuidado em saúde. Associado a isso, o modelo de pagamento que privilegia produção de procedimentos, em detrimento dos desfechos clínicos efetivos, gera desperdício, fraudes e resultados insatisfatórios, tanto para o paciente quanto para as demais partes interessadas do sistema.

Nesse contexto, a ANS assumindo seu papel regulatório, desenvolveu o Programa de Certificação de Boas Práticas voltado às operadoras de planos de saúde. O programa contempla, numa primeira etapa, as boas práticas em APS, que pode ser classificado como modelo indutivo de boas práticas, promovendo a mudança do modelo de atenção no setor de Saúde Suplementar. É o primeiro, dentre outros os programas já mencionados, que serão lançados em futuro próximo.

Como se vê, a história das certificações e acreditação no Brasil foi por muito tempo mais voltada às instituições hospitalares. Além disso, é recente quando comparada aos

Estados Unidos e ao Canadá, por exemplo. No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, os movimentos voltados para estes serviços são mais recentes ainda, ao se considerar a importância da APS para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da Saúde Suplementar. Diante disso, abaixo descreve-se sobre as principais certificações existentes hoje para os serviços de APS.

CERTIFICAÇÕES E ACREDITAÇÕES EXISTENTES PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, as principais certificações e acreditações para serviços de APS no setor da saúde suplementar são: Certificação em Boas Práticas em APS pela ANS, lançada em 2018; Acreditação – ONA – Manual 2022/2025; e Acreditação Joint Commission International. Abaixo descreve-se os principais pontos de cada uma delas.

Certificação de boas práticas em APS pela Agência Nacional de Saúde

A Certificação de Boas Práticas em APS tem sido incentivada pela ANS, por meio da Resolução Normativa (RN) 440, de 13 de dezembro de 2018 (revogada pela RN 506, de 30/03/2022). Ela dispõe sobre um programa a ser implementado pelas operadoras de planos de saúde (OPS). Este por sua vez, é de caráter voluntário, sendo que as avaliações são realizadas por entidades acreditadoras, a fim de que estas certifiquem que as práticas da OPS estão de acordo com o que o padrão define[4].

A norma tem o objetivo de qualificar a prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente e propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. Para tanto, existem alguns pré-requisitos para a candidatura à Certificação de Operadoras. Eles são analisados durante o processo de elegibilidade da operadora, que é realizado pela Entidade Acreditadora homologada pela ANS. São eles:

1. Ter registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto a ANS.
2. Não estar em uma das seguintes situações: plano de recuperação assistencial, regime especial de direção técnica e regime especial de direção fiscal.
3. Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), da ANS, maior ou igual a 0,5.

Além dos pré-requisitos, o programa da ANS, define a população-alvo e a cobertura populacional para os serviços de APS e, consequentemente, para a certificação, sendo que as definições são:

- **População-alvo:** a de Certificação em APS deveria ser toda a população de beneficiários atendida por uma operadora, independentemente da sua faixa etária ou da condição de saúde ou se integra um grupo específico, como os idosos.

Entretanto, levando em consideração as características da saúde suplementar brasileira, bem como os públicos que melhor se beneficiam das estratégias de cuidado na APS, a certificação prevê a possibilidade de desenvolvimento de um programa voltado, prioritariamente, às seguintes populações e/ou condições de saúde[4]:

a. Saúde do adulto e do idoso.

b. Saúde da criança e do adolescente.

c. Atenção à gravidez e ao puerpério.

- **Cobertura populacional:** para ser certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando uma equipe de APS para cada 2,5 mil beneficiários, no máximo. A operadora pode estabelecer um número inferior a 2,5 mil beneficiários por equipe, de acordo com as necessidades, faixa etária e complexidade da população adscrita, mas nunca uma mesma equipe poderá atender mais de 2,5 mil pessoas. Os Quadros 1 e 2 abaixo apresentam os parâmetros para cobertura populacional mínima[4].

Faixas de beneficiários	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários cobertos	Nº de equipes
Igual ou menor a 3.572 beneficiários	Mínimo de 70% dos beneficiários	1 – 2.500 beneficiários	1 equipe APS
Entre 3.572 e 16 mil beneficiários	Entre 70% e 15,6% - função linear decrescente	2.500 beneficiários	1 equipe APS

Quadro 1 - Cobertura populacional mínima para certificação em APS em operadoras com até 16 mil beneficiários.

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

Faixa: > 16mil beneficiários	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários Cobertos	Nº de equipes
1º ano (50% da meta)	Cobertura entre 7,75% e 5% - função logarítmica decrescente	2.500 – 176.057	1 a 70 equipes APS
2º ano (100% da meta)	Cobertura entre 15,5% e 10% - função logarítmica decrescente	5.000 – 352.113	2 a 141 equipes APS - função crescente

Quadro 2 - Cobertura populacional mínima para certificação em APS em operadoras com mais de 16 mil beneficiários

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

- **Equipe mínima:** esta deve ser composta pelos seguintes profissionais[4]:

a. Médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de dois anos em APS.

b. Enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista;

c. Outro profissional de saúde de nível superior.

Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório[4]:

Outros profissionais, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, poderão ser agregados à equipe, a depender das condições de saúde abrangidas e da carteira de serviços da APS. Além disso, outros profissionais tornam-se obrigatórios, considerando os seguintes aspectos[4]:

- Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião-dentista na equipe torna-se obrigatório. A quantidade de cirurgiões-dentistas deverá ser proporcional ao número de beneficiários com planos médico-hospitalares com odontologia[4].
- Se incluir a Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório[4].
- Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo se tornará também obrigatório[4].
- Se incluir saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório[4].
- **Níveis de certificação:** para certificação em qualquer nível, a operadora deve atender a um número de beneficiários, conforme a cobertura populacional definida no normativo; ter a(s) equipe(s) mínima(s) estipulada(s), de acordo com a quantidade de beneficiários atendidos; e pontuar os requisitos, ou seja, ter as suas práticas estabelecidas de acordo com o que cada item exige. Os níveis do programa são[4]:

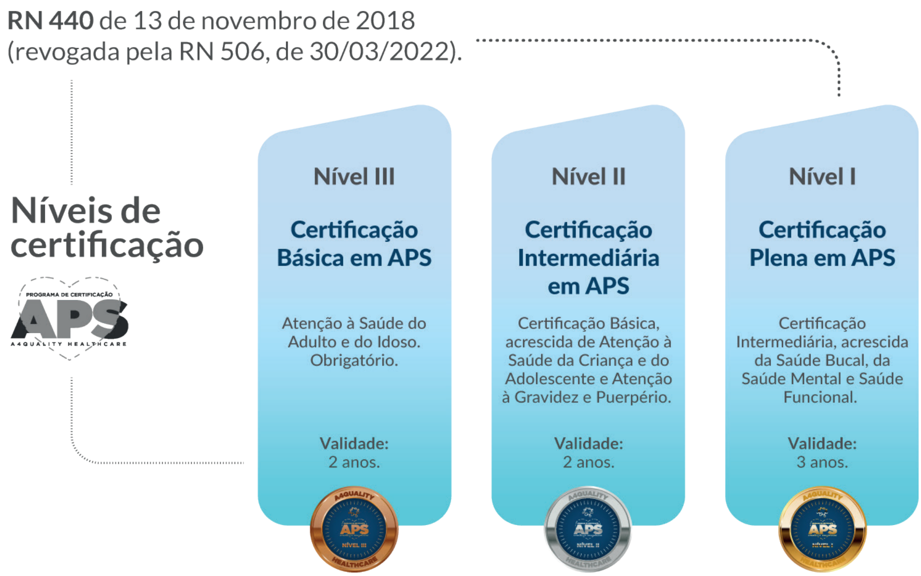


Figura 01 – Níveis de certificação – Programa de Certificação APS

Fonte: o autor

A nota final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação dos sete requisitos do programa. Para ser certificada, a empresa não poderá zerar nenhum requisito. Para obter a certificação, além de todas as exigências descritas anteriormente, a operadora deve estabelecer carteira de serviços, respeitando os critérios mínimos estabelecidos nos anexos da RN 506.

Vamos entender como alcançar cada nível[4]:

a. **Nível III**: obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80, e conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de excelência[4].

b. **Nível II**: obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90, e conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de excelência[4].

c. **Nível I:** obter nota final maior ou igual a 90; conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência e pontuação acima de 0,8 na Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, na última avaliação divulgada pela ANS[4].

- **Classificação dos itens avaliativos:** o Quadro 3, a seguir, apresenta a classificação dos itens avaliativos, bem como o ícone que os representa[4].

Classificação do Item	Definição	Ícone
Essencial	Os itens são condições *sine qua non* para pontuar o requisito. Caso um item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota zero no requisito inteiro.	
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. Cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I.	

Quadro 3 – Classificação, definição e ícone de representação, dos itens avaliativos.

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

- **Forma de pontuação:** para pontuar no requisito, a operadora deverá estar conforme com todos os itens de verificação classificados como essenciais. Caso contrário, terá nota zero no requisito, ou seja, a pontuação mínima em cada requisito é a conformidade em todos os itens de verificação classificados como essenciais. Os itens avaliativos poderão obter dois resultados: Conforme ou não conforme[4].
- **Avaliação dos itens de verificação**: deverá considerar a conformidade em dois domínios, sendo eles[4]:

a. Escopo - cumprir o que o item de verificação exige na íntegra, ou seja, o que está previsto na interpretação da norma. A prática da OPS deve demonstrar que atende à exigência do item avaliativo[4].

b. Tempo de implantação - a prática e/ou documento deve estar implantada(o) a mais de 180 dias[4]

- Visão geral do Programa de Certificação de APS: Os requisitos do Programa de Certificação e suas interações estão apresentados de forma esquemática na figura a seguir: [4].



Figura 2 - Visão geral do Programa de Certificação em APS e requisitos do programa

Fonte: o autor

1. **Planejamento e Estruturação Técnica**: requisito direcionador para o planejamento e a estruturação da área e das equipes em APS[4].
2. **Ampliação e Qualificação do Acesso**: requisito direcionador para o primeiro acesso do beneficiário na APS, por meio do fluxo direcionador para agendamento e atendimento[4].
3. **Qualidade e Continuidade do Cuidado**: requisito direcionador de busca ativa da população beneficiária e protocolos essenciais para condução da APS, bem como o estabelecimento de relação entre paciente e equipe APS[4].
4. **Interações Centradas no Paciente**: o atendimento centrado no paciente e na família deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS[4].
5. **Monitoramento e Avaliação da Qualidade**: requisito direcionador que define itens de verificação relativos à informação em saúde do conjunto da rede de cuidados primários, com vistas ao monitoramento e avaliação da qualidade[4].
6. **Educação Permanente**: requisito que avalia a capacitação técnica dos programas estabelecidos em APS para o melhor planejamento da atualização e aperfeiçoamento profissional [4].
7. **Modelos Inovadores de Remuneração Baseados em Valor**: requisito que direciona a experimentação e adoção de modelos alternativos ao fee-for-service, orientando para geração de valor e qualidade[4].

- **Avaliação das Intervenções em Saúde:** a partir dos dados obtidos, dos objetivos e metas propostos, são selecionados e definidos indicadores de avaliação que permitam acompanhar o desenvolvimento das intervenções realizadas pela OPS. Compreende-se por indicador o instrumento de mensuração para a gestão, avaliação e planejamento das ações em saúde, permitindo modificações efetivas nos processos e nos resultados, por meio do estabelecimento de metas e ações prioritárias que assegurem melhoria contínua e gradual de uma determinada situação ou agravo. O indicador pode ser representado por um fato, número absoluto, proporção, coeficiente (probabilidade) ou por um índice (percentual)[5]. Os indicadores e metas foram estabelecidos pela ANS, no Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, e são apresentados no Quadro 4 a seguir:

Objetivos específicos	Nome do indicador	Metas escalonadas**		Total
		Ano 1	Ano 2	Ano 1 + 2
1. Ampliar o acesso aos médicos generalistas na rede de cuidados primários da Saúde Suplementar	Razão de consulta médica ambulatorial com generalistas X especialistas	Ampliar em 5%	Ampliar em 8%	13,4%
2. Ampliar a vinculação de pacientes com condições crônicas complexas aos coordenadores de cuidados	Percentual de beneficiários com condições crônicas complexas vinculados a um coordenador de cuidado	Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8, 15%
3. Reduzir as idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência	Taxa de visita à emergência/pronto atendimento em relação ao total de beneficiários cobertos pelo projeto	Ampliar em 2%	Ampliar em 3%	-4,94%
4. Reduzir as internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS)	Percentual por condições sensíveis à APS (ICSAPS)	Ampliar em 2%	Ampliar em 4%	-5,92%
5. Ampliar o número de médicos generalistas por beneficiário	Taxa de médicos generalistas por beneficiários	Ampliar em 3%	Ampliar em 3%	6,09%
6. Avaliar a proporção de pessoas que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde	Proporção de beneficiários que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde	Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8, 15%

Quadro 4 - Indicadores e metas foram estabelecidos pela ANS, no Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

Com base na Resolução Normativa 440 (revogada pela RN 506), da ANS, a A4Quality Healthcare criou um padrão de certificação, dirigido especialmente aos prestadores de serviços de APS que pretendem se adequar ao exigido pela ANS.

A pretensão é disseminar os valores fundamentais da Atenção Primária no país, em completo alinhamento com as melhores práticas do setor.

O referido padrão, além de estar completamente alinhado ao exigido pela RN 440 (revogada pela RN 506), para fins de certificação das OPS, é complementado por um módulo sobre práticas e protocolos de boas práticas, específicos para unidades de APS, e um terceiro módulo para avaliação de indicadores de resultados em APS. Os dois módulos adicionais estabelecem critérios de qualidade e segurança que uma unidade de APS deve atender para se tornar referência. Foram critérios baseados em programas já validados no Brasil e recomendados por especialistas em APS.

Um dos benefícios do referido padrão é que as unidades de APS atendam a requisitos de qualidade e segurança, e ao disposto nos requisitos exigidos na RN 440 (revogada pela RN 506), da ANS, tornando esses serviços referências no setor e fazendo com que as OPS priorizem o seu credenciamento.

Acreditação para serviços de Atenção Primária à Saúde pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Fundada oficialmente em 2001, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma instituição privada, de interesse coletivo e sem fins lucrativos, responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde. Além disso, a ONA é reconhecida pela International Society for Quality in Health Care (ISQua), o que favorece a evolução do SBA-ONA, bem como a atualização com as tendências do mundo no que diz respeito a boas práticas e melhoria contínua. O reconhecimento da ISQua determina que a ONA está entre as melhores acreditadoras mundiais e que os padrões por ela avaliados são reconhecidos internacionalmente[6].

A ONA é ainda a única organização responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil, bem como é encarregado por coordenar e gerir o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)[6].

Processo de acreditação

A acreditação de um serviço de saúde tem como objetivo conceder confiança à sociedade, ao atestar de forma competente e imparcial que um determinado serviço de saúde atende aos requisitos de segurança do paciente e à qualidade da assistência[6].

Até o ano de 2022 não havia, pela ONA, normas de avaliação destinadas aos serviços de APS. Foi na edição 2022/2025 do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) que se apresentou pela primeira vez o processo de avaliação para esses serviços[6]. O processo de avaliação para serviços de APS, segue a mesma abordagem utilizada para outros serviços, sendo o método definido no MBA.

O manual é a ferramenta que define o método de avaliação para verificar a qualidade da assistência à saúde das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), incluindo os serviços de APS, avaliando padrões e requisitos de complexidade de forma crescente, sendo eles: Nível 1, Nível 2 e Nível 3[6].

Os princípios de cada um deles são:

- Nível 1 – Para este, o princípio é segurança. Esta certificação é válida por dois anos e significa que a organização cumpre com os requisitos para um atendimento seguro e de qualidade, considerando as suas características individuais[6].
- Nível 2 – Aqui o princípio é gestão integrada. Também válida por dois anos, esta certificação define que a organização cumpre com os requisitos no Nível 1 e possui sistema de planejamento e gestão integrada[6].
- Nível 3 - Para este, o princípio é excelência em gestão. Válido por três anos, este nível considera que a organização atende aos princípios dos níveis 1 e 2 e possui uma cultura organizacional de melhoria contínua[6].

A qualidade assistencial dos serviços de APS é analisada de acordo com a Norma de Avaliação (NA) específica que considera a atividade-fim e a especialidade do serviço. Este instrumento possui seções e subseções. Para cada subseção, existem requisitos interdependentes que devem ser atendidos. Já o processo de avaliação está assim estruturado: diagnóstico organizacional, autoavaliação, acreditação, manutenção da certificação, recertificação e upgrade.

Neste contexto, entende-se que o sistema de Acreditação pode auxiliar os serviços de APS na avaliação dos seus processos e necessidades de melhorias. E mais: por ser transversal e sistêmico, o método permite que, além dos processos de trabalho, o serviço também avalie as relações destes processos com os seus resultados alcançados.

Certificação para serviços de Atenção Primária à Saúde pela Joint Commission International (JCI)

A Joint Commission International (JCI), um dos maiores e mais antigos órgãos de definição de padrões, é uma organização independente e sem fins lucrativos que visa, por meio de suas avaliações, promover continuamente cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor.

No Brasil, a JCI é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), órgão que é também membro da ISQua e acreditado pelo INMETRO como certificadora de Operadoras de Planos de Saúde. O CBA realiza a acreditação internacional da JCI para diversos tipos de serviços, incluindo os de APS[7].

Para os serviços de APS, os padrões da JCI são divididos em seções, as quais são separadas em capítulos e estes, por sua vez, em elementos mensuráveis. Os capítulos são[7]:

1. Envolvimento e Integração da Comunidade;
2. Serviços Centrados no Paciente;
3. Gestão da Organização de Saúde.

Cada capítulo possui uma declaração de intenção, deixando claro o objetivo, os elementos mensuráveis (o que está sendo avaliado) e os requisitos específicos da norma. Dessa forma, os principais pontos avaliados pela certificação da JCI nos serviços de APS são[7]:

- Cultura de programa de segurança.
- Confidencialidade e segurança das informações do paciente enviadas por meio de comunicação eletrônica.
- Programa para resposta ao tempo de inatividade planejado e não planejado de sistemas de dados (contingência).
- Resposta à apresentação de potenciais doenças transmissíveis globais.
- Uso apropriado de copiar e colar e autocompletar quando registros médicos eletrônicos são usados
- Programa de controle de doenças crônicas.
- Treinamento da equipe e testes de supervisão no ponto de atendimento.
- Serviços de ressuscitação.
- Administração de antibióticos.
- Gestão da cadeia de abastecimento.
- Monitoramento da qualidade da água.
- Programa de segurança contra radiação.

COMO AS CERTIFICAÇÕES AJUDAM OS SERVIÇOS A ALCANÇAREM MELHORES RESULTADOS

No setor de saúde suplementar, tem sido desafiador promover a adesão das pessoas ao atendimento na APS, dificultando o processo de porta de entrada, essencial para a assertividade deste modelo. Muito esforço tem sido feito para estimular as pessoas a procurarem os serviços de APS, como por exemplo: o fortalecimento da comunicação sobre os benefícios de ter equipes preparadas e disponíveis, que conheçam profundamente o histórico de saúde da população assistida; a busca por aprimorar o cuidado das pessoas, acolher adequadamente e direcionar para o especialista ou serviço que trará a melhor solução para o problema apresentado, quando realmente houver essa necessidade.

As pessoas cuja atenção e cuidado estão sob a responsabilidade de serviços de APS, precisam acreditar que existem regras claras para que o atendimento se dê com

base na necessidade efetiva de cada beneficiário, no seu histórico de saúde e contando com profissionais capacitados. Neste contexto, as certificações geram verdadeiramente melhores resultados e, assim, os serviços têm a preocupação com:

- A promoção de modelos inovadores e centrados nas necessidades específicas dos beneficiários/usuários.
- A capacitação das equipes e profissionais de atenção primária.
- Modelos diferenciados de remuneração, que geram valor aos beneficiários/ usuários, e em que sejam monitorados indicadores de atenção à saúde.

Além disso, o foco das organizações que oferecem serviços baseados em APS é a sustentabilidade econômico-financeira, para que sejam duradouras no mercado, para cuidar e acolher por muito tempo das pessoas sob a sua responsabilidade; além de buscar a melhoria dos processos, com o objetivo de mitigar os riscos com a prestação de serviços, e a consequente redução do desperdício e dos custos da não qualidade.

Outro aspecto importante da certificação em APS é possibilitar o monitoramento do desenvolvimento das equipes, e estimular que conheçam profundamente a condição de saúde dos beneficiários sob sua responsabilidade, direcionando os indivíduos para a resolução efetiva de seus problemas de saúde e a participarem dos programas de gestão de riscos de doenças e promoção da saúde.

É frequente a reflexão sobre o impacto das acreditações e certificações na melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma vez que não há um parâmetro ideal definido para se medir tal resultado. Estudos que buscaram avaliar este impacto trouxeram resultados conflitantes[6]. No entanto, mesmo diante da falta de consenso, é fato que as acreditações e certificações estimulam a cultura da qualidade, por promoverem atitudes e processos padronizados, análise constante de resultados e melhoria contínua, o que mitiga os erros e auxilia na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Catunda, Rosangela et All, Operadoras de Planos de Saúde – Como se Preparar para Acreditação, Rio de Janeiro, 2022.

2. Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015.Acesso em 15/04/2022. [online]. Disponível em> https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/qualidade/

3. Tomasich, Flávio et al. The history of quality and safety of the surgical patient: from the initial standards to the present day. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2020, v. 47 [Acessado 11 abril 2022], e20202650. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202650>. Epub 03 Jul 2020. ISSN 1809-4546. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202650.

4. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 440, de 13 de dezembro de 2018 (revogada pela RN 506, de 30/03/2022). Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em %20saude.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

5. Cruz, Péricles Góes da (Coord.) Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde – OPSS: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação ONA 2022. Coordenação Científica: Péricles Góes da Cruz; Gilvane Lolato. Edição especial. – Brasília: ONA, 2021.

6. Facchini, Luiz Augusto, Tomasi, Elainee Dilélio, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [acessado 11 abril 2022], pp. 208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114.

CAPÍTULO 6

EQUIPE PROFISSIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Cláudia Conserva

Leonardo Piovesan

Raphael Mendonça

Tânia Machado

INTRODUÇÃO

Este capítulo discorre sobre como estruturar e capacitar equipes para atuarem na Atenção Primária à Saúde.

EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERFIL E COMPETÊNCIAS ESPERADAS

Por Leonardo Piovesan

Para que seja possível oferecer uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, entregando o melhor desfecho, promovendo a melhor experiência no cuidado, engajando o beneficiário no seu autocuidado e evitando desperdícios, é fundamental que a equipe da unidade tenha, além da qualificação técnica exigida, competências comportamentais, atitudes e habilidades que levarão à maior eficiência e resultados. A mudança do modelo médico centrado preponderante nos serviços da saúde suplementar, para o paciente centrado, requer o que os profissionais de saúde atuantes na APS formem times coesos e fortes.

Em um publicado no *Annals of Family Medicine*, em 2005, pesquisadores estimaram o número de horas que um médico da atenção primária teria que trabalhar todos os dias para fornecer cuidados recomendados de doenças crônicas a 2.500 pacientes. Olhando apenas para as dez enfermidades mais comuns, eles concluíram que seriam necessárias 10,6 horas por dia. Em estudos separados, os pesquisadores descobriram que a prestação de cuidados preventivos recomendados exigiria 7,4 horas por dia, enquanto o cuidado agudo exigiria 4,6 horas por dia. Isso equivale a 22,6 horas diárias de trabalho. O fato é que os médicos não podem fazer esse trabalho sozinhos. Eles

precisam de uma equipe. Há cerca de 15 anos, Wagner e colegas do Grupo Cooperativa de Saúde da *Puget Sound* destacaram pela primeira vez a importância do trabalho em equipe. Eles olharam para locais nos EUA que tiveram os melhores resultados para pacientes com doenças crônicas e, em seguida, criaram um modelo de cuidado baseado no que encontraram, descrevendo seis características-chave. Embora seu paradigma envolva múltiplos elementos, todos eles se afunilam através de dois componentes principais: um paciente informado, ativado, e uma equipe preparada e proativa. (1)

Seis características-chave:

Metas compartilhadas. Se os funcionários fossem solicitados a identificar seu objetivo no trabalho, a maioria provavelmente diria que é para fornecer cuidados de alta qualidade e centrados no paciente. No entanto, seu propósito não dito, mesmo inconsciente é provavelmente para satisfazer o médico. Por quê? Porque este geralmente é o chefe, ou pelo menos é alguém com autoridade sobre o pessoal. Ao agradar ao médico, substitui-se o trabalho para o paciente como o objetivo geral, o que pode dificultar a capacidade da prática de melhorar e crescer. Uma vez que uma prática chega ao ponto em que todos concordam que estão trabalhando para o paciente e se sentem confortáveis em ter conversas difíceis entre si sobre a melhoria de processos e sistemas, eles precisam ir um passo adiante: todos na equipe devem saber qual é o desejo do paciente. Este é o verdadeiro objetivo compartilhado.

Papéis claramente definidos. À medida que as práticas passam de uma cultura em que o médico está no centro de tudo para uma em que os funcionários estão engajados em alcançar o objetivo compartilhado, é de vital importância ser claro sobre quem vai fazer o quê.

Conhecimento e habilidades compartilhadas. Uma vez que você tenha adotado a ideia de que sua equipe pode assumir mais responsabilidade, não deixe de treiná-la bem nos detalhes dessas novas tarefas, ou você a configurará para o fracasso. Outro ponto a ser lembrado é que, se os membros da equipe vão assumir novas funções e fazê-las bem, você tem que dar a eles as informações e o tempo que precisam para realizar o trabalho.

Comunicação eficaz e oportuna**.** Há duas peças para uma comunicação eficaz. Primeiro, você precisa de uma conversa franca entre os membros da equipe quando o paciente está no consultório. A outra parte é como você e os membros da equipe falam entre si sobre desempenho. Idealmente, quando alguém aprende algo novo, deve ter a chance de praticá-lo, receber feedback, praticá-lo um pouco mais, receber mais feedback, e assim por diante. Mas isso nem sempre acontece em uma clínica ocupada, pois os médicos tendem a dar instruções uma vez e depois nunca mais discutir o assunto. Particularmente para médicos mais novos que normalmente não têm experiência gerenciando funcionários, conversas de desempenho podem ser desconfortáveis, mas precisam ser capazes de fornecer feedback construtivo aos funcionários, e vice-versa.

Respeito mútuo. Construir uma cultura de respeito mútuo pode parecer uma questão

sensível, mas é fundamental para ter uma equipe eficaz. Se as pessoas não tiverem a chance de fazer seu trabalho, se houver reclamações uns dos outros pelas costas, se os colegas forem rápidos em apontar os fracassos dos outros, e assim por diante, os colegas não estarão se respeitando ou sendo bons membros da equipe. Embora sua prática nunca possa aperfeiçoar essa característica, o importante é que você a valorize, se esforce por ela e incentive seus médicos a liderarem o caminho modelando a fala e o comportamento respeitosos.

Uma atitude otimista. Há um velho ditado que diz: “Nada compartilha melhor do que um mau humor.”

A Organização Mundial de Saúde, por meio de seu escritório na Europa, publicou, em 2015, um documento intitulado *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services*, destacando as competências necessárias para os profissionais que atuam em serviços de saúde integrados, em especial os de atenção primária. (3) Abaixo destacamos as principais competências referidas por este documento:

Advocacia do paciente: Capacidade de promover o direito dos pacientes para garantir a melhor qualidade do atendimento e capacitá-los a se tornarem participantes ativos de sua saúde.

Comunicação eficaz: Capacidade de estabelecer rapidamente o relacionamento com os pacientes e seus familiares de forma empática e sensível, incorporando a percepção dos pacientes e a cultura declarada. Demonstração de escuta ativa e enfática.

Capacidade de cuidado centrado nas pessoas: Criar condições para a prestação de serviços coordenados, integrados e centrados nas necessidades, valores e preferências dos pacientes e de seus familiares ao longo de um contínuo cuidado e durante o curso da vida. Compreender que o planejamento efetivo do cuidado requer várias discussões com o paciente e outras partes. Proporcionar ao paciente um atendimento oportuno, adequado e eficaz para o tratamento de problemas de saúde e promoção da saúde.

Aprendizagem contínua: Capacidade de demonstrar prática reflexiva e, com base nas melhores evidências disponíveis, avaliar e melhorar continuamente os serviços prestados como um provedor individual e como membro de uma equipe interprofissional.

Todos os profissionais de saúde devem ser educados para prestar atendimento centrado no paciente como membros de uma equipe interdisciplinar, enfatizando a prática baseada em evidências, abordagens de melhoria da qualidade e tecnologia. Para isso, a comissão de Educação em Saúde do *Institute of Medicine* propõe um conjunto de competências simples e fundamentais que todos os profissionais de saúde devem possuir, independentemente de sua disciplina, para atender às necessidades do sistema de saúde do século XXI:

- **Fornecer cuidados centrados no paciente** — identificar, respeitar e cuidar das diferenças, valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes; aliviar a dor e o sofrimento; coordenar o cuidado contínuo; ouvir, informar claramente, comunicar e educar os pacientes; compartilhar tomada de decisão e gestão; e defender continuamente a prevenção de doenças, o bem-estar e a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo o foco na saúde da população.
- **Trabalhar em equipes interdisciplinares** — cooperar, colaborar, comunicar e integrar o cuidado nas equipes para garantir que o cuidado seja contínuo e confiável.
- **Empregar práticas baseadas em evidências** — integrar as melhores pesquisas com conhecimento clínico e valores do paciente para o melhor cuidado, e participar de atividades de aprendizagem e pesquisa na medida do possível.
- **Aplicar melhoria de qualidade —** identificar erros e riscos no cuidado; compreender e implementar princípios básicos de design de segurança, como padronização e simplificação; compreender e medir continuamente a qualidade do cuidado em termos de estrutura, processo e resultados em relação às necessidades do paciente e da comunidade; projetar e testar intervenções para mudar processos e sistemas de cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade.
- **Utilizar a tecnologia —** comunicar, gerenciar conhecimento, atenuar erros e apoiar a tomada de decisões usando a tecnologia da informação.

Uma APS relevante dispõe de uma gestão participativa, quer dizer, a qual há participação social nas políticas e na criação de espaços onde serão construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade/organização, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, visto que a APS, possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde. (2)

1. Academia Americana de Medicina de Família [Homepage da internet]. Seis características para efetividade prática de equipes. [Acesso em 03/04/2022]. Disponível em: Six Characteristics of Effective Practice Teams -- FPM (aafp.org)

2. FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1541-1552, 2009.

3. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit; Greiner AC, Knebel E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.

4. Organização Mundial da Saúde [Homepage da internet]. Fortalecendo uma força de trabalho competente para o cuidado integrado/coordenado. [Acesso em 03/04/2022]. Disponível em: Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services (who.int)

MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Por Raphael Mendonça

A Medicina de Família e Comunidade é definida como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e a comunidade.(1) Dessa forma, é a especialidade dos médicos com melhor formação para atuar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Diferentemente de outras especialidades médicas, que se caracterizam por atendimentos voltados para problemas relacionados a um único órgão ou a um sistema específico do corpo humano, o médico de família e comunidade (MFC) se especializa em habilidades que favorecem a concretização dos atributos fundamentais da APS (2), além de utilizar ferramentas visando a abordagens familiares e comunitárias com objetivo de contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde dos seus pacientes e da comunidade que atende.(3)

Como a APS se caracteriza por um acesso de primeiro contato, sem distinção alguma de idade, sexo ou etnia, os MFC encontram uma variabilidade abrangente de pacientes, com queixas e problemas de saúde muito distintos entre si.(2) Um cardiologista, por exemplo, em suas consultas irá apresentar uma certa variabilidade de diagnósticos relacionados ao sistema cardiovascular (hipertensão, insuficiência cardíaca, arritmias...). O MFC, todavia, irá atender a casos relacionados a esses e a outros sistemas, além de problemas de saúde mental, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e acompanhamento pré-natal. Observa-se, então, a grande variabilidade de problemas que o MFC está exposto nas suas consultas. Como parâmetro para evidenciar esta variabilidade, utiliza-se o número de problemas apresentados em 50% de todas as consultas feitas por um médico.(2) Em sistemas de saúde com forte atuação na atenção primária, é esperado que este número seja maior para MFC do que para especialistas focais.

Uma característica interessante é justamente o fato de que a consulta com o MFC é, em geral, motivada pelo próprio paciente, enquanto a consulta com outros especialistas é determinada, grande parte das vezes, por um encaminhamento de outro médico.(2) Em um sistema de saúde com APS bem estruturada, espera-se que o acesso a especialistas focais ocorra via encaminhamento e não acesso direto.(2) Esse fato evidencia uma importante função do MFC: o papel de filtro e coordenador dos recursos de um sistema de saúde.(4)

Em um cenário de crescente complexidade em sistemas de saúde, com exames cada vez mais modernos, especialidades cada vez mais focais e uma variedade crescente de tratamentos, surge a necessidade de um agente que haja como coordenador de todos esses recursos para que haja uma utilização racional e custo-efetivo deles.(2) O MFC cumpre essa função a partir da sua capacidade de resolver os problemas mais comuns da

população que atende, referenciando os casos que necessitam da atenção de especialistas focais. Dessa forma, a atuação dos especialistas é otimizada. Por exemplo, em um sistema de saúde com forte atuação da APS, um hematologista não terá sua agenda cheia de casos de anemia ferropriva, um problema comum, e poderá ter mais vagas para atender a suspeitas de leucemia ou anemias mais raras.

Outro ponto importante a se considerar e que distingue a MFC de especialidades focais é a forma de apresentação dos problemas de saúde.(1) Justamente pelo fato de o MFC ser o primeiro médico que um paciente procuraria em caso de um problema de saúde novo, é comum que a apresentação clínica esteja ainda em suas fases iniciais no momento da consulta. Dessa forma, é comum que um diagnóstico clínico específico só seja alcançado após a continuidade do acompanhamento por algum tempo. Por exemplo, uma dor abdominal pouco definida pelo paciente pode ser o sintoma inicial de inúmeros problemas distintos de saúde. Muitas vezes o paciente procura uma consulta quando outros sintomas específicos ainda não se encontram presentes. Dessa forma, o MFC tem um trabalho envolvido em incertezas ao enfrentar problemas de saúde muitas vezes indiferenciados na sua apresentação inicial. Em muitas ocasiões, não se chega a um diagnóstico clínico, como é o caso de problema agudos inespecíficos que se resolvem espontaneamente ou no caso de sintomas sem explicação médica (5). O contraste com especialistas focais em relação a esse ponto ocorre quando se considera que o paciente que deveria chegar ao especialista já passou pelo filtro do MFC, onde foram excluídos alguns diagnósticos diferenciais e uma investigação já foi iniciada. Assim, a incerteza em relação aos vários diagnósticos possíveis acaba sendo diminuída em certa medida. Essa característica do trabalho do MFC se relaciona com o atributo da longitudinalidade da APS e exige que os profissionais dessa especialidade saibam lidar bem com situações de ambiguidade e incerteza diagnóstica.

Uma pergunta comum é quais os problemas que deveriam ser atendidos por MFC e quais deveriam ser avaliados por especialistas focais. Essa demarcação não é definitiva e varia de acordo com a população atendida pelo MFC, já que uma função importante da APS é lidar com os problemas mais comuns da comunidade sob sua responsabilidade. Se em uma população hipotética, acidentes relacionados com chifradas de animais é algo comum, os atendimentos deveriam ser feitos por MFC que atendem essa população (6). Dessa forma, o perfil epidemiológico de cada população acaba definindo aqueles problemas mais comuns, que devem ser resolvidos por MFC, e os mais raros, que provavelmente precisarão de atenção de outra especialidade.

Outro aspecto fundamental da MFC, apesar de não ser exclusiva da especialidade, é a importância dada ao Método Clínico Centrado na Pessoa. (7) Esta forma de abordagem de problemas de saúde não concentra a atenção do profissional apenas nos aspectos biofísicos, mas abrange as repercussões psicológicas, familiares e sociais da condição, de maneira que as estratégias diagnósticas, terapêuticas e de acompanhamento levem em consideração todas as dimensões de um indivíduo e não apenas a parte biomédica.

Por fim, após essa descrição das peculiaridades da medicina de família e comunidade, percebe-se que um programa que se proponha a atuar na lógica da APS deve ter como um dos componentes fundamentais do serviço os atendimentos feitos pelos MFC.

1. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

3. Kozakowsk SM, Becher K, Hinkle T, Blackwelder R, Jr CK, Pugno PA. Responses to Medical Students' Frequently Asked Questions About Family Medicine. American Family Physician. 2016;93(3).

4. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005;8(2).

5. Needham VH. Medically unexplained symptoms. The British Journal of General Practice. 2017;67(657).

6. Blanco JMA. Cirurgia menor y procedimientos em medicina de família. Madrid: Jarpyo; 1999.

7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa. Transformando o Método Clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

LIDERANÇA DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM APS: DESENVOLVE E RETÉM TALENTOS PARA GERAR RESULTADOS E PRODUTIVIDADE

Por Cláudia Conserva

Se um dos princípios básicos da atenção primária é o cuidado centrado no paciente e precisamos olhar para a pessoa integralmente, é necessário que a equipe seja composta por multiprofissionais e, além do médico, ter a enfermagem, psicologia, fisioterapia e nutrição, dentre outras, de acordo com o perfil da população atendida.

Para poder chamar de multidisciplinaridade, a prática deverá ser integrada de modo a atender às necessidades dos pacientes e aos compromissos assumidos ao ofertar um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). No dicionário há como conceito de equipe: conjunto de pessoas que se dedicam à realização de um mesmo trabalho. Ou seja, o trabalho a ser entregue é um só, e não várias ações isoladas que apenas se juntam, mas não se conectam.

Peduzzi (1998) traz o conceito do trabalho de equipe multiprofissional como "uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio das relações de reciprocidade entre os profissionais e suas intervenções técnicas das mais diferentes áreas do saber, alicerçado na comunicação e ações de cooperação". Portanto, é preciso haver um senso

de coletividade, sem que o profissional olhe para suas intervenções como mais ou menos importantes dos demais. Em uma clínica de APS, todos os profissionais têm igual relevância, na medida em que percebem e atendem o paciente considerando sua integralidade e individualidade. Logo, o sucesso só será possível com uma atuação em equipe.

Lencioni (2009) apresenta que os principais desafios de uma equipe são: falta de confiança, medo do conflito, falta de comprometimento, fuga da responsabilidade e desatenção aos resultados. A equipe multidisciplinar deverá ser capaz de superar todos esses desafios, juntos. Não basta realizarem suas atividades em um mesmo local e compartilharem da mesma realidade de trabalho para dizer que há uma equipe integrada, há muitos desafios a enfrentar. Para superá-los, há várias ações a serem realizadas e competências do líder e de todo o time a serem desenvolvidas, sendo a comunicação clara, transparente e objetiva uma competência bem importante, que irá favorecer a construção de relações de confiança e credibilidade entre os profissionais.

Será o líder o responsável por promover o trabalho em equipe, garantindo que entre os profissionais não haja melindres. Para que todos tenham liberdade de sinalizar quando algo está fora dos padrões de qualidade esperados, ou ainda, qualquer pessoa possa alertar quando perceber algo de anormal no comportamento do paciente ou mesmo na condução do colega. O líder deverá atuar com transparência e posicionamento assertivo para que ninguém se sinta autossuficiente diante de alguma situação, mas que todos tenham liberdade e segurança, para pedirem ajuda sempre que depararem com algo desafiador, criando, assim, um ambiente colaborativo.

O profissional precisa ampliar sua consciência sobre a clareza de seu papel em cada caso atendido na APS e entender que são necessárias várias ações de outros profissionais para que possa prestar uma assistência de qualidade ao paciente. E outro importante papel do líder de APS é dar essa clareza aos profissionais sobre quem vai fazer o quê, com protocolos objetivos sobre como fazer, assim como acompanhar a execução de todos na equipe, independentemente de sua formação.

Pois, mesmo que não detenha todos os conhecimentos técnicos de cada profissional, devido à sua formação inclusive, o líder precisa ter a capacidade de analisar todo o ambiente e direcionar treinamentos e capacitações de acordo com a necessidade. É ele o “puxador” de um programa eficaz de Educação Permanente, que aprofundaremos à frente. Para isso, processos desenhados, protocolos clínicos detalhados e linhas de cuidado bem definidas são importantes para que o líder acompanhe e apoie a equipe em suas necessidades de aprimoramento.

Uma boa forma de identificar as necessidades de aprimoramento para cada profissional e acompanhar o resultado de forma próxima, além de incentivar o trabalho em equipe, serão os estudos de caso organizados pelo líder, em que não há grau de importância diferente entre os profissionais, mas todos se manifestam de acordo com sua prática clínica, envolvimento com o caso e percepção das condições de saúde do

paciente. Esse será um importante espaço de conversas e trocas sobre a saúde integral dos pacientes, de acordo com o saber de cada profissional. Assim será possível descartar uma visão fragmentada do tratamento e cuidados do paciente, e fortalecer a integração da equipe e da assistência.

O líder é uma espécie de guardião dos atributos da APS e precisa fazer acontecer de acordo com o que se espera de um atendimento de atenção primária. Todas as suas ações devem estar alinhadas com essa visão, para assegurar que todos os profissionais atuem em prol de um mesmo objetivo, a qualidade da assistência integrada ao paciente.

Momentos individuais de *feedback* do líder com cada um da equipe também colaboram para esse alinhamento e são importantes para ouvir e orientar o profissional sobre o que manter e o que abortar em sua conduta na APS. Para que seja efetivo, esta deve ser uma prática constante, com momentos formais agendados para esse fim, sempre com uma boa capacidade de escuta e comunicação clara, objetiva e respeitosa. Um processo de *feedback* realmente construtivo, que possibilite crescimento para o profissional e para a clínica de APS como um todo.

O líder de APS deverá lançar mão de todas as ferramentas de gestão disponíveis para estar próximo da equipe, ser capaz de liderar com firmeza e suavidade para construir uma equipe coesa. E, ainda, acessar todo seu repertório e ser assertivo, adequando sua linguagem de acordo com o perfil do profissional, nível de envolvimento e responsabilidades na situação com a qual estiver lidando.

Conhecer e respeitar as individualidades de cada profissional da equipe é um comportamento esperado para que o líder construa uma gestão participativa, em que todos possam ter liberdade de fazer suas contribuições com responsabilidade e compromisso, cuidando dos pacientes e uns dos outros, considerando que todos os profissionais estejam altamente comprometidos.

Em uma coletânea da Ideias, Amana (1989) destaca “quatro competências básicas por meio das quais se chega à potencialização da força humana na empresa”. São elas:

- catalisar as atenções dos colaboradores por meio de uma visão inspiradora;
- comunicar a visão de forma a torná-la significativa para os colaboradores;
- construir confiança entre os colaboradores por meio de coerência com a visão;
- conhecer-se e conhecer os colaboradores em profundidade, visando a desenvolver e utilizar as habilidades de cada um de forma a contribuir mais com realização da visão.

Aqui, como empresa, entende-se a clínica de APS, os colaboradores são os profissionais da equipe multidisciplinar e a visão seria o grande o objetivo que é o modelo centrado no paciente, considerando a sua integralidade. Através destas chamadas competências, podemos perceber a importância de o gestor saber gerenciar a equipe e a si mesmo. Pois, para liderar uma clínica de APS, ele precisará ter também as suas próprias competências bem desenvolvidas.

Ainda pensando nas expectativas que se tem a respeito da liderança, percebe-se que esse é um tema relevante há muitos anos. Como exemplo, Bennis (1988) traz as cinco habilidades primordiais que 90 líderes entrevistados em uma pesquisa apresentaram:

- Capacidade de aceitar as pessoas como elas são – não como você gostaria que fossem.
- Capacidade de abordar relacionamentos e problemas em termos do presente e não do passado.
- Capacidade de tratar os que estão perto de você com a mesma atenção cordial que você concede a estranhos e a pessoas que conhece casualmente.
- Capacidade de confiar nos outros, mesmo quando o risco parece grande.
- Capacidade de agir sem a aprovação e o reconhecimento constante dos outros.

Em resumo, isso também é o que se espera de um líder de APS. Com essas habilidades, ele será capaz de estruturar uma equipe integrada, preparada para atuar de forma coletiva, considerando o paciente de forma integral e com clareza e confiança de que somente as práticas multidisciplinares somadas serão capazes de oferecer a qualidade preconizada para a assistência em uma clínica de APS.

1. BENNIS, Warren. **Repensando a Liderança**. Revista Executive Excellence. n. 1, 1999.

2. IDÉIAS Amana. **Competências que Definem a Liderança**. Amana-Key Editora, 1989.

3. LENCIONI, Patrick. **Os 5 desafios das equipes**. Elsevier Editora Ltda, 2009.

4. PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

EDUCAÇÃO CONTINUADA: INVESTIMENTO PERMANENTE, COM OLHAR PARA RESULTADO

Por Tânia Machado

“A importância da educação, integração e colaboração mútua no desenvolvimento de pessoas na área de saúde.”

“Gestão de pessoas é um desafio maior quando se trata do Setor de Saúde”, e quando somado a cenários de crise, não é exagero afirmar seu grau de dificuldade. São várias áreas de negócios, cada uma representada por suas entidades e sindicatos.

No entanto, ainda há um desafio maior: a integração das áreas no setor de saúde. Quando isso não acontece, é inevitável que prejuízos comecem a aparecer. A falta de diálogo entre equipes, erros e retrabalhos, conflitos e falta de cooperação são alguns

efeitos. O mundo é de cooperação e colaboração mútua e em situações de crise isso fica ainda mais acentuado, sendo necessário entender como uma gestão integrada pode ser bastante benéfica.

Promover a educação permanente e a integração de setores é um investimento desafiador. O retorno vem na forma de engajamento, boas relações de trabalho e reflete no crescimento da organização como um todo e, lá na ponta, na entrega de saúde baseada em valor.

No passado, era comum cada departamento ser visto de forma isolada, seguindo um modelo cartesiano aplicado às empresas. Ou seja, cada departamento preocupava-se apenas com as suas responsabilidades e tinha-se uma visão "vertical" e hierarquizada da organização. Mas as coisas mudaram substancialmente.

A integração entre os setores é importante no que diz respeito à capacidade dos tomadores de decisão de colaborarem entre si. Quando os gestores dos departamentos conseguem trabalhar de forma coordenada uns com os outros, eles têm mais facilidade para implementar planos de ação mais eficazes e promovem uma cultura integrada aos seus liderados.

Além disso, se os setores não dialogam, eles perdem sinergia e não agregam valor ao processo de atendimento ao cliente final: o paciente. E, claro, perdem a chance do aprendizado, que só é possível através da interação e da multidisciplinaridade. Isso porque profissionais com especialidades variadas, como fisioterapia, nutrição, enfermagem, TI, engenharia clínica, e área administrativa e assistencial, têm experiência distintas. Cada um pode contribuir com um conhecimento diferente, atendendo muito mais diretamente às necessidades estratégicas e práticas da instituição.

Criar grupos de melhoria contínua e usar todo o poder da comunicação, para capacitar os profissionais da Atenção Primária à Saúde, permite não só aprimorar a transmissão da informação como facilitar a aproximação e otimizar os processos. Afinal, se os colaboradores estão bem-informados, eles também são mais engajados e capazes de desenvolver boas estratégias de atuação.

Mas, se é importante integrar o trabalho, por que não fazer uma avaliação de desempenho multissetorial? O que não se pode medir não pode ser melhorado! Os indicadores de desempenho (também chamados de KPIs, ou key performance indicators) compostos envolvem vários tipos de medições para apontar como andam o entendimento e resultados das pessoas e empresa. Ao apostar em KPIs que envolvem variáveis de múltiplos departamentos, a instituição consegue construir uma análise mais ampla. Com isso, é possível ter uma visão mais global e trabalhar em uma perspectiva na qual todos se engajam, responsabilizando-se e procurando soluções em colaboração. Com ações para gestão integral da saúde do trabalhador e os RHs cada vez mais envolvidos e engajados na educação, transparência, cuidado, qualidade da população, identificar o que é Valor em Saúde para os funcionários é o que fará a diferença.

É bem verdade que os profissionais podem, inicialmente, ficar um pouco resistentes a uma cultura de diálogo entre as várias áreas e multidisciplinaridades. Lidar com pessoas não é uma tarefa simples, mas são as diversidades que permitem o enriquecimento do trabalho, a formação de estratégias mais construtivas e as propostas mais integradas.

Conseguir a integração organizacional envolve alinhar a estratégia, a cultura, as habilidades das equipes, a tecnologia, a estrutura e o estilo de gerenciamento com os objetivos macro do negócio. Isso inclui certificar-se de que cada departamento e cada colaborador entenda a importância disso. Também envolve a educação das partes interessadas.

É importante pontuar que essa integração só acontece a partir de uma mudança de atitude da alta hierarquia do negócio e das lideranças de departamentos. A criação de uma cultura de integração de setores deve vir de cima para baixo. Pode — e deve — envolver a todos os colaboradores do negócio, mas cabe à direção tomar frente para que as resistências à mudança sejam menores.

De acordo com Lifelong Learners, o poder do aprendizado contínuo não deixa dúvidas de que o aprendizado ao longo da vida pode ser uma realidade para cada pessoa. Quanto mais aprendizes autônomos, confiantes e apaixonados for possível formar, menores serão os problemas do mundo. (1)

O relatório do Fórum Econômico Mundial também reconhece o desenvolvimento contínuo de competências como parte da solução. Pelas suas análises, “aprendizado ativo e estratégias de aprendizagem” serão a segunda habilidade mais demandada, globalmente, em 2025, atrás apenas de “pensamento analítico e inovação”. No Brasil, as habilidades relacionadas à capacidade de aprender estão no topo da lista. (1)

A eficiência virou uma obsessão, fazer cada vez mais com cada vez menos. Esta demanda parece ter se transformado em uma neurose nas empresas, que têm que manter um olho no “quem fazem” e outro em “quanto gastam para fazer”. O conceito de eficiência tem sido lembrado, e isso interfere diretamente na maneira como se pratica gestão de pessoas. Este é um assunto sempre presente na gestão das empresas, e nunca é demais lembrar, principalmente em uma época de obras grandiosas, de que resultado não é sinônimo de competência operacional ou eficiência. É apenas diretamente proporcional. Em outras palavras, quanto maior, ou melhor, for o resultado do trabalho de uma pessoa, equipe, empresa ou governo, maior sua eficiência.

É também necessário levar em consideração outro conjunto de variáveis, chamadas de “recursos”. Em síntese, não é suficiente reconhecer a qualidade do resultado apresentado, é necessário saber de que maneira ele foi atingido. Quanto custa tal benefício, afinal? É nessa pequena equação que reside a essência da gestão em educação permanente e de pessoas. Resultado, sim, mas não a qualquer custo. Os bons gestores são os que mantêm um olho no numerador (resultados) e outro no denominador (recursos aplicados). E estes são de quatro tipos: financeiros, naturais, humanos e temporais. (2)

Esta é a tendência. Elevar a qualidade das entregas e ao mesmo tempo procurar gastar menos dinheiro, utilizar melhor os recursos do planeta, envolver menos pessoas no processo e, não menos importante, fazer tudo cada vez mais rápido, com atualização constante. Não se trata simplesmente cortar custos, o importante é otimizar sua aplicação. (2)

Liderança de equipes tem o desafio de desenvolver e reter talentos para gerar resultados e produtividade. A educação permanente precisa ser vista como estratégia nas organizações para desenvolver equipes, talentos e retê-los. Investimento contínuo, com olhar para resultado.

(1) Conrado Schlochauer phd em psicologia da aprendizagem, especialistas em educação corporativa, autor **Lifelong Learners** – Editora Gente

(2) Eugenio Mussak médico fisiologista, professor de MBA na FIA, colunista e autor de vários livros. Fonte: **Com Gente é diferente** – Editora Integrare

APS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Data de aceite: 01/01/2024

Carla Biagioni

Lourdes De Marchi Capeletto

CONCEITO DE APS PARA O USUÁRIO

Conceituar Atenção Primária à Saúde (APS) para os profissionais da área já é uma tarefa difícil e fazer isto para os usuários é ainda mais desafiador quando consideramos que a APS no Brasil é vista como impeditiva, generalista e imposta apenas com o objetivo de diminuir custos, seja no SUS ou na Saúde Suplementar. Portanto, vale contextualizar historicamente a APS e compreender a necessidade da vivência e da experimentação do modelo proposto.

A preocupação com os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado da tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar soluções para o equilíbrio das ações e melhores resultados no atendimento da população, na tentativa de diminuir a mortalidade infantil, a falta de acesso à saúde básica e as precárias condições sociais e sanitárias.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre os países participantes para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. A política internacional ficou conhecida como "Saúde para Todos no ano 2000". A declaração de Alma-Ata, como foi chamado o acordo entre 134 países participantes, defendia a seguinte definição de APS, denominada de cuidados primários em saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas

ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

A declaração de Alma-Ata propõe algo além de cuidados básicos em saúde, pois alerta para os cuidados com saneamento, nutrição, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, planejamento familiar e fornecimento de medicações básicas.

Neste sentido, a declaração concebe a saúde como um direito humano, a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimento nas políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas. A compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (Matta, 2005).

No início dos anos 80, as concepções de APS foram incorporadas ao ideário reformista, rompendo com o modelo médico-privatista. Neste período, houve a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas nasceram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da Previdência Social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Tais experiências mais a Constituição de 1988 e sua regulamentação em 1990 tornaram possível a construção de uma política de APS visando a reorientação do modelo assistencial, tornando-se contato prioritário da população com o sistema de saúde. Os conceitos da APS são universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular conforme Política Nacional de Atenção Básica:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios

da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (Brasil, 2006)

Atenção Primária à Saúde é uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas. Se o conceito já era amplamente estabelecido nos Estados Unidos e Inglaterra desde a década de 1970, no Brasil o marco da sua implantação ocorreu em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em caráter inovador e, três anos depois, em 1994, ele foi ampliado e instituído como Programa Saúde da Família.

A forma como o Brasil institucionalizou a APS, entendendo tratar-se de política necessária apenas para a população de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica, distanciou-se do caráter universalista da declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (Mattos, 2000).

Atualmente a principal estratégia da configuração da ABS no Brasil é a Saúde da Família, aprofundando os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é definido para a população adscrita na região.

A frase "saúde não tem preço, mas tem custo" define o grande desafio em organizar acesso à saúde, melhores condições de diagnóstico, agilidade nos tratamentos e políticas assertivas para todos. Todavia, o conceito de "baixa complexidade da APS", equivocadamente, instiga sua desvalorização refletindo nos desafios encontrados principalmente no que se refere à credibilidade do seu propósito.

Essa visão distorcida de complexidade leva, consciente ou não, a uma banalização da atenção básica à saúde e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis de" maior complexidade".

Para que tenhamos maior êxito na prática, os profissionais que trabalham na APS precisam ser extremamente capacitados para atender, gerenciar e coordenar o cuidado, demonstrando clareza na abordagem aos pacientes, conhecimento técnico para transmitir confiança e credibilidade na orientação, fazendo com que o usuário sempre retorne ao seu atendimento por entender que a APS é capaz de cuidar da sua saúde. Conceito de vínculo, abordado no capítulo Vínculo do usuário.

VÍNCULO DO PACIENTE COM A APS

São variadas as razões que levam os pacientes a procurarem por um atendimento em saúde: o surgimento de mazelas agudas, acompanhamento das morbidades antigas, norteados por apoio, orientações ou necessidades de encaminhamentos para outros

níveis de assistência. Esta iniciativa pode ocorrer voluntariamente pelo paciente, quando referencia o serviço ou, ainda, atendendo à solicitação de um profissional ou à convocação do serviço de saúde, conforme aponta Starfield p. 61(1) ao abordar a capacidade e o desempenho da APS.

Pesquisar nuances da relação paciente-profissional de saúde tem sido um tema explorado ao longo dos anos. Os resultados das pesquisas interessam não só ao pesquisador, mas também aos profissionais, que podem aperfeiçoar sua atuação, aos gestores e formuladores de políticas de saúde e, ainda, aos beneficiários, que podem melhor avaliar os serviços para definirem suas escolhas. Conhecer o que move e satisfaz o paciente nesta relação e constatar que estas características prevalecem nas organizações que atuam com APS é o que se pretende tratar neste tópico. (2)

Em uma ampla revisão bibliográfica sob a ótica dos pacientes, conduzida por Matthew Ridd et al (3), foi possível identificar os principais componentes da relação médico-paciente, estando eles compreendidos e retratados de acordo com o que se denomina de *experiência de consulta* e quanto à forma dos cuidados longitudinais. Os estudos selecionados foram realizados em clínicas de saúde da família que faziam acompanhamento de longa duração e em serviços de APS. A constância dos contatos, especialmente em relação à qualidade destes encontros, foi o que sobressaiu com maior peso para desenvolver e assegurar o relacionamento. Fez-se notar, inclusive, que estes fatores são significativamente mais importantes que a mera frequência das consultas. Os pacientes tendem a reconhecer e valorizar uma consulta quando percebem o interesse do profissional por sua vida, quando suas demandas são consideradas de forma minuciosa e atenta, quando há espaço de fala e escuta e quando se sentem atuantes, partilhando das decisões.

Na percepção dos pacientes, a comunicação – que vai desde aspectos técnicos até questões sociais – flui melhor quando o médico conduz o processo e permite um clima de distensionamento em relação ao tempo. Profissionais que agem assim são mais valorizados por darem lugar à fala do paciente, produzindo a sensação de escuta interessada. A escuta ativa os incentiva a contarem suas histórias, o que tem um valor terapêutico e ainda contribui para evitar interpretações e condutas indevidas, conforme Roberts C. et al. (4).

Estes dois aspectos, que propiciam e mantêm as relações entre profissionais e pacientes, segundo Chipidza F. et al (5), aprofundam o relacionamento, que envolve quatro elementos determinantes da durabilidade e da intensidade do vínculo: conhecimento, confiança, lealdade e respeito.

O entendimento de *conhecimento* é o que dá ao paciente a percepção de que o médico o compreende como pessoa, seu modo de vida, suas relações, indo além da queixa expressa.

A sensação de *confiança* verificada aqui, como a honestidade do médico em admitir suas limitações e recorrer a outros profissionais, quando necessário, se reproduz em outros estudos, como o realizado por Bultzingslowen et al. (6), em que a sensação de segurança

relatada tem a ver com a existência de um médico de referência que se possa recorrer em qualquer ocasião, especialmente em se tratando de idoso ou portador de doença crônica. É que isto evita o desgaste de repetir sua história de vida ou mesmo da doença em cada contato no caso de alteração do profissional.

No que concerne ao componente *lealdade*, os pacientes relatam uma espécie de aumento de tolerância para atendimentos mais satisfatórios do que ideais, propriamente dito, quando se trata de um profissional que os conhece e acompanha ao longo da vida. Esse aspecto também é evidenciado no estudo de Roberge D. et al. (7) em que os pacientes se identificam fortemente com um médico específico mais do que com a clínica.

Por *respeito*, os pacientes entendem que a relação se assemelha a uma amizade e tem maior possibilidade de aprofundamento em momentos críticos, naqueles em que o profissional se torna uma espécie de postulante do paciente.

Corroborando com a analogia da relação médico-paciente parecer com um elo de amizade, outro estudo de Cocksedge S. et al (8) demonstrou que os pacientes valorizavam esta construção como algo extremamente significativo e sabiam que era necessário que o profissional dispendesse tempo, de forma interessada em suas histórias de vida, para compreendê-los dentro de seus contextos.

Parece que ver o profissional continuamente é mais importante aos pacientes do que um contato esporádico, a despeito dos médicos pontuais terem técnicas de comunicação diferenciadas. Aspectos como este contribuem para a organização dos serviços e para a decisão sobre investimentos em capacitação, que podem privilegiar médicos de pronto atendimento em detrimento de políticas de manutenção do quadro de profissionais de cuidados longitudinais.

Conforme relembra Cruz J. (09), em seu clássico “A Morte de Ivan Ilitch”, Tolstoi descreve a primeira consulta do protagonista e deixa evidente a dificuldade do médico em transmitir de forma clara e compreensível o estado clínico do paciente:

> *“Ivan Ilitch saiu devagar, sentou-se tristemente na calçada e foi para casa. Durante todo o caminho não parou de mastigar tudo aquilo que o médico dissera, tentando traduzir em linguagem simples todas aquelas palavras complicadas, obscuras e ler nelas a resposta à pergunta: o meu estado é mau, muito mau, ou não é ainda nada de muito grave?”*

Em que pese a comunicação ser um desafio em todas as relações, no caso da tão singular e complexa entre profissionais e pacientes, deve ser encorajado o aperfeiçoamento de técnicas para as práticas em saúde que amplie e fortaleça esta liga, visando melhores resultados em saúde.

Na saga de compreender as expectativas dos pacientes em relação aos profissionais, em uma exploração qualitativa entre médicos de família e pacientes, Cocksedge S. et al (8) constataram que havia uma preocupação dos pacientes em não desperdiçar o tempo do médico, no entanto estavam dispostos a esperar e dispensarem de seu próprio tempo para

conseguir atendimento com os profissionais preferidos. Sinalizavam como principal barreira ao atendimento o sistema de agendamento, seja eletrônico ou por telefone.

A marcação de consultas costuma ser um grande dificultador no acesso aos serviços. A demanda, em geral, é maior do que a oferta e isso, além de causar insatisfação, pode ocasionar a perda do acompanhamento ou das intervenções necessárias no processo saúde-doença. Tem sido um grande desafio equacionar a inversão de modelos assistenciais, organizando a demanda espontânea a partir de ações de promoção e prevenção em saúde, ou de busca ativa e ou telemonitoramento, a fim de liberar as agendas e facilitar a chegada dos pacientes aos serviços.

A solução encontrada no caso do serviço canadense (7) foi a de implementar melhorias no sistema de agendamentos, sendo que, especialmente no caso de idosos e doentes crônicos, os retornos passaram a ser marcados pelo próprio médico.

Para melhor compreender o entendimento dos médicos de família sobre as relações terapêuticas de longo prazo, um estudo inglês (10) denominou de “relações pastorais” esta interação e concluiu que, apesar do desapontamento em serem menos demandados tecnicamente, a permanência da relação foi vista como valiosa no manejo efetivo das doenças crônicas e, especialmente, na saúde mental. Ficou também demonstrada a satisfação dos pacientes em estarem vinculados aos seus médicos de família e estes, por sua vez, revelaram preocupação com a possibilidade de passar despercebido novos sintomas, pelo risco de serem atribuídos a problemas pré-existentes. Outra frustração dos médicos, nas consultas de longa duração com pacientes crônicos, é que se sentem mais demandados em habilidades de comunicação do que com conhecimento médico.

Estas preocupações levam alguns médicos a incentivarem a autonomia e a responsabilização do paciente de forma mais ativa por sua própria saúde.

Outro aspecto emergente, e que também explica o maior vínculo dos pacientes com APS, é a preferência pela abordagem centrada na pessoa, sendo que este desejo é maior do que aquele dos aspectos “biomédicos”, incluindo solicitação de exames ou receitas de medicamentos. Um dos maiores estudos quantitativos (11) explorou esta predileção. Constatou que ocorre mais frequentemente quando os pacientes estão mais vulneráveis por sentirem-se mal, estarem preocupados ou quando são desfavorecidos socioeconomicamente.

É evidente a diferença entre pacientes de atenção primária que elegem o método centrado no paciente e uma minoria que, devido à natureza do problema, como os oncológicos, se sentem melhor com o método centrado no médico.

O interesse por estudar e entender a relação médico-paciente fica evidenciada em um estudo de Tagliavini e Saltini, 2000 (12), que identificou em torno de 1200 publicações anuais sobre o tema. Na década de 70 e 80, Donabedian demonstrava que os pacientes atribuíam a qualidade dos serviços de saúde, entre 30 e 40%, à competência do médico em diagnosticar e tratar e 40 a 50%, ao relacionamento desenvolvido entre eles, Donabedian,

1990 (13). E na década de 90, Barros at al, 1992 (14) expõem que os benefícios obtidos da atuação médica teriam a ver mais com a comunicação do médico sobre sintomas relacionados ao estresse do que ao efeito de medicamentos ou terapêuticas médicas, propriamente.

Embora os pacientes façam referência aos problemas ligados ao contexto sociofamiliar e os médicos reconheçam que há uma correlação com as queixas relatadas, ainda assim não há um aprofundamento, como ocorre quando costumam esmiuçar os sintomas e sinais das doenças, fato este percebido e desaprovado pelos pacientes, conforme relatam Caprara et al (15).

Menciona ainda um outro fator pouco explorado pelos médicos como a experiência do adoecimento, que emerge na vida das pessoas quando recebem um diagnóstico. Este processo envolve fatores culturais, vivências pessoais, familiares ou de conhecidos, que levam as pessoas a se solidarizarem, sofrerem ou desenvolverem alguma forma de empatia com quem é acometido. Esses sentimentos costumam deixar marcas que, em situações parecidas, remetem àqueles sentimentos, na maioria das vezes, relacionados a aspectos negativos.

Há um grande conflito na compreensão do paciente sobre, de que lado estaria o profissional de saúde: comprometido com o paciente, com as instituições a que prestam serviço ou com sua própria remuneração? Tal ambivalência pode resultar em baixos níveis de confiança ou até em excesso de judicialização, é o que se constata em uma revisão de Goold e Lipkin (16), que examinam o quanto a atenção gerenciada pode impactar a relação dos profissionais e dos pacientes.

Guiados por códigos de ética, os profissionais deveriam assegurar os interesses do paciente e da profissão, promovendo uma prática que desse menos ênfase aos exames complementares e explorassem mais a história clínica, responsável por mais de 80% dos diagnósticos. Torna-se cada vez mais imprescindível trabalhar com prevenção quaternária e transmitir este conhecimento ao paciente. Além de reduzir custos desnecessários, contribui para o aumento da credibilidade dos profissionais. E os planos de saúde, por sua vez, deveriam trilhar por caminhos que incentivassem a melhoria da comunicação, a longitudinalidade no acompanhamento e o desenvolvimento de ações de prevenção, com a intenção de inverter a lógica de custos para valores, além de assegurar uma menor rotatividade dos profissionais. Tais medidas auxiliam na fidelização dos pacientes e na satisfação dos “players” envolvidos. Os autores concluem que, muitas vezes, um simples “*lembrete de Manutenção de Cuidados de Saúde” (com o nome do médico) pode ajudar os membros a sentir que seu médico sem rosto está cuidando deles.”*

Um aspecto frequentemente observado junto aos beneficiários de uma empresa do mercado de saúde suplementar era a maior satisfação dos pacientes e dos familiares com o envolvimento da Assistência Social, no auxílio para interação dos pacientes com redes de apoio, tais como cuidadores, terapeutas ocupacionais, inserção em grupos interinstitucionais

(de pessoas com deficiências, dependentes químicos, demências e outros). Em algumas circunstâncias, de extremo isolamento social, ausência de familiares ou dependentes, o profissional contribuía para a organização do orçamento e das despesas domésticas, em comum acordo com o paciente. E em situações extremas, agia de forma conjunta com alguns órgãos governamentais, ou não, nos casos de tutela ou curatela.

A vinculação que ocorre com a equipe multiprofissional ou até mesmo com a estrutura do serviço, pelo que se observa, subjetivamente ou em pesquisas de satisfação dos beneficiários, é que geralmente parece ser muito mais forte do que com um profissional específico. Isso provavelmente por haver uma identificação com o método de funcionamento do serviço. A distribuição de tarefas, o prontuário único, as reuniões de trabalho para discutir e planejar condutas para casos individuais ou envolvendo familiares, tornando-os sujeitos de cuidados de toda a equipe, são aspectos perceptíveis aos beneficiários. A empresa mencionada, à ocasião, organizava serviços próprios na lógica da APS.

PRESSUPOSTOS DA APS QUE PREDISPÕEM A VINCULAR OS PACIENTES

Dentre as razões que explicam o vínculo ser maior entre os pacientes e a APS, destaca-se as características inerentes ao modelo, que facilitam a entrada e orientam os caminhos, dentro do sistema. Além de haver um enfoque nas famílias e em atividades coletivas, que envolvem o entorno do indivíduo

Os autores de um artigo sobre acesso e acolhimento em APS, Souza et al. (17) mencionam Starfield, 2002 (01), que, ao tratar do tema acesso e acessibilidade, aponta que ambos se complementam. A acessibilidade permite a chegada das pessoas aos serviços, "...*permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços."*

Para explicar a longitudinalidade a uma paciente, ou o que seria um atendimento, seguindo a linha do tempo, dizia um médico de família, Dr. A.R., na empresa do mercado de saúde suplementar já mencionada, no momento do cadastramento (ato que ocorre no início do atendimento do indivíduo ou da família em alguns serviços de APS): "*se você ou eu não morrermos cedo, ou não deixarmos a empresa, seguiremos juntos ao longo da vida".* Verifica-se que esta cronologia é determinante para estabelecer e fortalecer a relação, quando os profissionais atuam de forma a favorecer tal construção. O que corrobora para a maior vinculação do paciente com o serviço.

Starfield, 2002, P 276, (01), demonstra dois tipos de longitudinalidade: a temporal e a pessoal. Na primeira, a orientação ocorre por uma relação ao longo do tempo e na segunda, pelo vigor da relação entre paciente e profissional de saúde. Assim, ela aponta os benefícios da longitudinalidade:

- *"pacientes mais confortáveis em relatar informações relevantes devido ao aumento do senso de confiança;*
- *pacientes respondem melhor às recomendações;*
- *médicos tornam-se mais sensíveis;*
- *avaliações médicas mais precisas;*
- *maior probabilidade de os pacientes manterem suas consultas de revisão;*
- *diminuição das hospitalizações de emergência;*
- *períodos menores de hospitalizações (quando necessárias e para pacientes com idade acima de 55 anos);*
- *diminuição da probabilidade de adquirir doenças preveníveis;*
- *menor probabilidade de nascimentos com problemas (devido à efetivação do pré-natal) e,*
- *diminuição dos custos."*

Para que se estabeleça esse elemento estrutural, a longitudinalidade, é importante agregar outros atributos que fortalecem as relações dentro do sistema. Dentre eles, impera enfatizar o acolhimento.

Da biblioteca Virtual em saúde, quando se refere ao acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização, do MS (19): *"O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes."*

Nas relações de saúde entre beneficiário e profissional, ocorrem processos de busca e oferta, seja para promover saúde, detectar ou controlar doenças ou sofrimentos e até de intervenções em modos de vida. Estas trocas se dão mediadas por relações de vínculos. Segundo Franco et al. (20), *"o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:*

(a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;

(b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;

(c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania."

O acolhimento passa a ser uma ferramenta imprescindível para facilitar o acesso, de forma humanizada e com sensibilidade, para as demandas populacionais, que costumam ser maiores do que as ofertas nos serviços de saúde. Seu manejo adequado pode assegurar, além da satisfação do beneficiário, também a partilha do atendimento entre os

demais profissionais da equipe, de forma corresponsável, otimizando e reorganizando o fluxo de trabalho.

Na medida em que desloca o eixo do médico para os demais profissionais, essa diretriz operacional, além de inverter o modelo tecno-assistencial, amplia e fortalece o contato e o vínculo da população assistida com os demais membros da equipe.

Essa afirmativa encontra eco na experiência de um serviço ao Sul do País (21) em relação a ser o acolhimento um definidor, tanto para facilitar a chegada ao sistema quanto para, analogamente à força da liga, ser um amálgama para o vínculo. Devendo, assim, capacitar as equipes para praticá-lo: *"O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar."*

Só teremos acolhimento após o beneficiário ter acesso ao serviço. Podendo este ser físico ou virtual, na Instituição/empresa ou em domicílio.

O acesso deve apresentar o menor número de barreiras possíveis, sejam geográficas ou administrativas, e em todas as outras extensões, conforme descrito em uma ampla revisão da literatura, a fim de encontrar a complexa definição de acesso à saúde. São enunciadas quatro dimensões: "*disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação" (22).*

Verificaram ainda que nas definições mais recentes, o acesso vai além da mera atuação dos técnicos em saúde. Observaram que o acesso facilitado e com equidade deve ter uma definição mais ampla: *não serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde. Em vez disso, depende de ações intersetoriais e políticas sociais e econômicas que permitam dissipar diferenças de renda e educação".*

Outro grande diferencial em um serviço de APS é a qualidade técnica, pois, além de aumentar a resolutividade para a solução dos problemas, é um dos requisitos para germinar a crença de que os cuidados com a saúde, na maioria das situações, estão assegurados naquele nível. E, com isso, é possível abrandar as dúvidas ou insegurança, além de gerar confiança e maior adesão às terapêuticas propostas.

INSTRUMENTOS E ALGUNS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO PACIENTE-SERVIÇOS DE SAÚDE.

Ao estudar os modelos assistenciais do SUS, Cunha E. M. (23) identifica alguns fatores que dificultam a ligação dos pacientes aos serviços de saúde, e os levam a procurarem atendimentos em serviços distintos para as rotinas de saúde. Some-se a isto, a rotatividade profissional e as deficiências de registros, que, juntos, tornam-se obstáculos à vinculação, a esses serviços. De todo modo, observa-se maior aproximação dos

pacientes com os profissionais das equipes de APS. Principalmente em se tratando de grupos mais fragilizados, como são aqueles dos portadores de doenças crônicas, idosos e os desfavorecidos socioeconomicamente. Diferentemente dos mais jovens, saudáveis e com situação financeira favorável, que demonstram menos interesse em se fixarem aos serviços ou equipes de saúde.

Ao constatar que os indicadores em geral retratam a vinculação com o mesmo provedor, mas não mensuram a relação interpessoal, a autora propõe a formulação de um instrumento que dimensione esta relação. Faz, então, uma composição com o Pimary Care Assessement tools (PCA-tools), desenvolvido na Universidade de John Hopkins e testado no Brasil por Almeida e Macinko, e apresenta um roteiro acrescentado de novas variáveis e questões. O instrumento que possui três dimensões tem um destaque para avaliar as relações de vínculo do paciente com o serviço de saúde, especialmente na "*primeira dimensão: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados"* e na "*segunda dimensão: relação interpessoal".*

PROPOSTA DE QUESTÕES PARA A INVESTIGAÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL A PARTIR DAS DIMENSÕES DO ATRIBUTO*

*Adaptado da versão brasileira do PCA-tools, testado por Almeida e Macinko.

Primeira dimensão: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados
1. A unidade possui adscrição de clientela?
2. A unidade é reconhecida pela população adscrita como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde?

Segunda dimensão: Relação interpessoal
3. O paciente é atendido regularmente pelo mesmo médico e/ou enfermeiro nas consultas de rotina?
4. Os profissionais que atendem o paciente conhecem o histórico familiar e social do paciente?
5. No caso de dúvida sobre tratamento, o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente?
6. Durante o atendimento há tempo suficiente para que os pacientes explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações?
7. As dúvidas, preocupações e queixas do paciente são valorizadas? São registradas no prontuário?
8. O profissional se expressa com clareza, de forma que o paciente entenda?
9. Há espaço para que o paciente discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?

Terceira dimensão: Continuidade informacional
10. Os profissionais de saúde utilizam o prontuário nos atendimentos?
11. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?
12. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo paciente?
13. Em caso de encaminhamento para especialista, este profissional recebe informações registradas da unidade que atende o paciente regularmente?
14. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o clínico que atende o paciente regularmente?
15. Os profissionais de saúde são informados quando um paciente não consegue obter o medicamento prescrito?

A avaliação da assistência, que o beneficiário recebe, tem servido de eixo orientador às organizações, para qualificar e aprimorar os serviços, conforme se constatou nesse estudo, que considerou os fatores que influenciam a qualidade do atendimento. Os frequentadores das unidades de saúde foram entrevistados e o que se viu foi que o desempenho dos profissionais e a organização dos serviços é que determinam a preferência e fidelização dos pacientes.

Os dados de uma ampla revisão da literatura, conduzida por Schimith, M.D. et al. (24), num recorte temporal de 20 anos, testificou que: *"o campo das práticas em saúde é ainda organizado e efetivado, predominantemente, segundo uma visão biologicista e fragmentada dos serviços, e a transformação das práticas depende de um reconhecimento do usuário como sujeito do processo de saúde, por parte dos profissionais."*

No trabalho que se propôs à criação de um instrumento para avaliar vínculo, já mencionado por Capeletto et al (18), a ferramenta foi aplicada em duas unidades estaduais de uma empresa do mercado da saúde suplementar, orientada por APS e composta também de rede credenciada. Inicialmente aplicado sob a forma de projeto piloto, optou-se por conhecer o que as equipes de saúde da família entendiam por vínculo entre o beneficiário e o serviço de saúde, a partir de três questões formuladas e direcionadas aos profissionais.

A primeira questão foi: **Qual o conceito de vínculo entre usuário e serviço de saúde que você tem?**

A segunda: **Quando você considera que um usuário está vinculado ao nosso serviço?**

E a terceira: **Como você avaliaria o vínculo dos "seus" usuários com o nosso serviço? Com que periodicidade?** De acordo com as respostas, foram divididas em três categorias.

Categoria I: Vínculo como fonte de atenção.
Categoria II: Vínculo como expressão da cidadania.
Categoria III: Vínculo como decorrente da autonomia.

Estes grupos foram estabelecidos nas três perguntas dirigidas aos trabalhadores:

Categoria I: Vínculo como fonte de atenção – denominado nos casos em que o serviço se torna referência em saúde para qualquer problema que acomete o indivíduo ou familiar. A pesquisa, aplicada junto aos colaboradores da empresa, investigou a percepção que tinham sobre o vínculo do beneficiário com os serviços de saúde. Nas duas unidades houve um avizinhamento nas respostas, e os relatos falam sobre os serviços serem mais procurados do que os especialistas credenciados na rede de assistência. Referem também que os pacientes trocam informações entre si para divulgar e recomendar as unidades de atendimento.

Categoria II: Vínculo como expressão da cidadania – as respostas traduziram que o vínculo está relacionado ao estímulo da autonomia do beneficiário a partir de uma análise crítica e consciente.

Categoria III: Vínculo como resultado da relação interpessoal e com o serviço – as respostas apontaram que para vincular é necessário que haja afeto, confiança no serviço e no profissional, referente a verem atendidas suas necessidades.

A partir do piloto foi possível conhecer a percepção e a apropriação de alguns conceitos, como os de acesso e acolhimento, por parte dos profissionais em relação às expectativas dos beneficiários sobre os serviços avaliados. Além de propor um instrumento de avaliação em saúde suplementar e, ainda, definir uma metodologia de aplicação da ferramenta.

Avaliar expectativas, fidelização e confiança dos beneficiários em profissionais ou serviços de saúde tem sido um desafio. São avaliações complexas, pois dependem de muitas variáveis e subjetividades, inclusive a de ser considerada positiva quando atende às necessidades individuais. O que se sobressai em alguns estudos que avaliam a confiança no profissional de saúde são aspectos ligados à resolutividade, à percepção de competência (que pode ter um viés na simpatia ou gentilezas), a tranquilidade quanto ao sigilo profissional, as qualidades em comunicação, principalmente para a escuta sem pressão pelo tempo, além de facilidade em entender as expressões do linguajar técnico e as manifestações dos profissionais que remetem à empatia e ao compadecimento.

Um estudo de grupo focal, conduzido por Tom e Campbell (25), explorou a confiança dos pacientes em seus médicos. Além de demonstrar maior possibilidade de adesão às orientações médicas, ao estabelecer uma relação de confiabilidade, ainda sobressaíram nas respostas, aspectos do comportamento dos médicos, sua forma de comunicação, transparência e expressão de compaixão.

Existem alguns instrumentos validados, como a Escala de Confiança (Anderson e Dedrick 1990) (26), a Escala de Confiança do Paciente (de Kao) (27), o questionário sobre Avaliação dos Cuidados Primários (de Safran) (28), entre outros.

Em uma ampla revisão de Lasker, 1997, em mais de 500 iniciativas nos EUA (29) foram identificados seis tipos de sinergia que consagram a APS orientada para a comunidade: coordenação dos cuidados, melhoria no acesso, melhoria da qualidade de custo-efetividade dos serviços, unidades de saúde como referência para primeiro contato, robustez nas ações de prevenção e promoção de saúde, serviços integrados à pesquisa, capacitações e políticas de saúde.

Dessa forma, fica evidenciado que os serviços que apresentam maior grau de satisfação e vinculação dos pacientes são aqueles organizados com forte orientação para APS. Posto que apresentam com maior ênfase as características necessárias para

o estabelecimento de relações duradouras, e a percepção dos pacientes de cuidados em saúde ao longo da vida. Starfield, 2002 p.557 (01). Sendo, portanto, o que se coloca como perspectiva no horizonte da organização dos serviços em saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

2. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship. London: The Kings Fund; 2010.

3. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients‘ perspectives. Br J Gen Pract 2009;59(561):e116-e133.

4. Roberts C. ‘Only connect’: the centrality of doctor–patient relationships in primary care. Fam Pract 2004;21(3):232-233.

5. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor-patient relationship. Prim Care Companion CNS Disord 2015;17(5):27354.

6. Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients‘ views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. Fam pract 2006;23(2):210-219.

7. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients‘ and physicians‘ views. Fam Pract 2001;18(1):53-59.

8. Cocksedge S, Greenfield R, Nugent GK, Chew-Graham C. Holding relationships in primary care: a qualitative exploration of doctors‘ and patients‘ perceptions. Br J Gen Pract 2011;61(589):e484-e491.

9. Cruz J. A relação médico-paciente em algumas obras literárias. Rev Assoc Med Bras 2012;58(3):272-75.

10. Cocksedge S, May C. Pastoral relationships and holding work in primary care: affect, subjectivity and chronicity. Chronic Illn 2005;1(2):157-163.

11. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 2001;322(7284):468–72.

12. Tagliavini G, Saltini A. La letteratura sulla Comunicazione Medico-Paziente. Un Archivio Informatizzato. Medic 2000; 8:53-56.

13. Donabedian A. La qualita dell’assistenza sanitaria. Roma: NIS; 1990.

14. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington: OPAS/OMS; 1992.

15. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Colet 2004;9(1):139-146.

16. Goold SD, Lipkin Jr M. The doctor–patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. J Gen Intern Med 1999;14 (Suppl 1):S26.

17. Souza ECFD, Vilar RLAD, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2008;24:s100-s110.

18. Capeletto LM, Feitosa MH, Dias VRFG. Vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família: Uma proposta de avaliação da CASSI Curitiba e Porto Alegre [monografia]. Cidade, Instituição; 2005.

19. Biblioteca Virtual em Saúde. Acolhimento. Dicas em Saúde [homepage na internet]. 2008 Nov [acesso em 26 abr 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo80

20. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999; 15:345-53.

21. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

22. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica 2012;31:260-268.

23. Cunha EMD. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

24. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó, MDLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab Educ Saúde 2011;9(3):479-503.

25. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam Pract 1997;44(2):169.

26. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol Rep 1990;67(3_suppl):1091-1100.

27. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. Jama 1998;280(19):1708-1714.

28. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. J Fam Pract. 1998;47(3):213-20.

29. Lasker R. The Committee on Medicine and Public Health: Medicine and Public Health, The Power of Collaboration. New York: New York Academy of Medicine, 1997.

VÍNCULO DO PROFISSIONAL COM O PACIENTE: RELEVÂNCIA E CONCEITOS

Se as relações interpessoais são importantes para o convívio e existência da vida em sociedade, na área da saúde há uma razão maior para que a força dos relacionamentos crie um vínculo potente. Isto será determinante na obtenção dos objetivos em saúde, que incluem necessidades mensuradas por indicadores técnicos, preocupação com a sustentabilidade do plano de saúde e ainda a satisfação do beneficiário.

Embora se presuma a importância deste elo entre profissionais e pacientes, as instituições formadoras e as organizações de saúde frequentemente falham ao transmitir a conceituação do termo e os requisitos para a formação e manutenção do vínculo. As mudanças curriculares ainda são tímidas neste caminho, especialmente em relação aos aspectos cognitivos.

A relação entre paciente e profissional de saúde não pode se restringir à mera satisfação imediata dos interesses do primeiro. Enquanto na relação fornecedor-cliente (01) o vínculo é almejado para atender aos desejos do primeiro e, assim, aumentar a aquisição de produtos, na saúde, dada a imperiosidade de seguir indicações técnicas, que podem desagradar num primeiro momento o paciente, é primordial que o profissional de saúde ganhe a confiança da outra parte para estabelecer uma relação de cuidados ao longo da vida. Portanto, é de se supor que as competências dos profissionais para atender a tamanho desafio devem ser amplas e diversificadas.

Apesar de serem escassos, está demonstrado que os serviços de saúde que preconizam e aplicam essas estratégias obtêm melhores resultados, tanto nos relacionamentos quanto na assistência, como será apontado posteriormente. Torna-se, então, um paradoxo, diante de tantos benefícios, haver esse descompasso que faz com que o desenvolvimento, muitas vezes, resulte de experiências isoladas, a fim de aprimorar tais habilidades, cada vez mais requisitadas e que contribuem para um atendimento personalizado, engajado e fidelizado, calcado em valores de transparência e honestidade entre as partes.

É importante contemplar alguns aspectos menos técnicos das relações de vínculo, que considerem a impermanência e transitoriedade e as limitações diante da complexidade da vida, especialmente quando se está doente. Portanto, antes de avançar para a perspectiva técnica de vínculo, lançamos uma tentativa breve de compreender o termo em seu todo.

Recorrendo ao léxico, encontra-se no dicionário Oxford que "vínculo" é *"aquilo que ata, liga, vincula (duas ou mais coisas); liame"* ou ainda *"o que liga afetiva ou moralmente duas ou mais pessoas; laço."* (2)

Ao pesquisar aspectos filosóficos que traduzam o significado de vínculo, encontrou-se em Spinoza (3) P 114: *"Quem afeta de alegria ou de tristeza a coisa que amamos, afeta-*

nos igualmente de alegria ou de tristeza, se imaginamos a coisa que amamos, afetada dessa alegria ou dessa tristeza". Em sua obra "Ética", o filósofo propõe a criação de uma ciência para melhor entender os afetos e reparar o que a filosofia até então não conseguira fazer. Para ele, os afetos devem ser entendidos como naturais, como parte da natureza humana, e não devem ser negados ou reprimidos. Dessa forma, um corpo quando entra em contato com outro se permite ser afetado positiva ou negativamente. Assim, da alegria emanam os afetos alegres, já a tristeza, por sua vez, encolhe as perspectivas, diminui a potência humana.

Ao estudar a interferência de um corpo no outro, podendo ir da servidão à liberdade, Spinoza nos remete às vulnerabilidades humanas, os modos com os quais nossa potência varia e, consequentemente, aponta as necessidades dos indivíduos de estabelecerem relacionamentos de trocas em todos os momentos da vida. Assim devemos amainar os afetos da forma que melhor nos convém. (4) Trindade R., sobre a ciência dos Afetos.

Com efeito, se ater ao campo das fragilidades humanas, aquelas que expõem as pessoas a riscos emocionais, é importante para acentuar que não se trata de fraquezas. Este mito pode afastar a própria coragem, que é pano de fundo da vulnerabilidade. Como diz Braun B. p.27 (5), "*vulnerabilidade não é algo nem bom nem mau: não é o que chamamos de emoção negativa e nem sempre é uma luz, uma experiência positiva. Ela é o centro de todas as emoções e sensações. Sentir é estar vulnerável. Acreditar que vulnerabilidade seja fraqueza é o mesmo que acreditar que qualquer sentimento seja fraqueza."*

Em um estudo (6) para avaliar como os serviços e equipes de saúde da família percebem as necessidades em saúde, os autores reafirmam as várias carências humanas ao definir que tais necessidades não ficam restritas à conservação da vida, mas se expandem para um contexto mais amplo de humanização do indivíduo: "*As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida.*"

Com base nestas reflexões e cientes do que espera a população assistida, muitos profissionais de saúde têm se preparado para a arte da escuta, entre outras habilidades, por conta própria, a fim de ganhar confiança e atender aos dois grandes protótipos da atenção à saúde: as *necessidades* em saúde e os *anseios* das pessoas, na ótica do desejo.

As *necessidades* em saúde em termos gerais referem-se à atuação sobre os determinantes de saúde e às dimensões de ordem técnica. Significa olhar para componentes e indicadores utilizando diretrizes, protocolos e estudos que apontam para ações, procedimentos ou orientações a serem desenvolvidos de forma individual ou coletiva, com vistas a produzir saúde e qualidade de vida.

Quanto aos a*nseios* ou desejos dos beneficiários, podem resultar em procedimentos que, no entendimento do paciente, proveriam saúde, porém, quando mal indicados, não

passam de atos de consumo exacerbado de bens e serviços de saúde, gerando desperdício e, às vezes, iatrogênese.

Essas demandas podem ser manifestas ou aparecer de forma subliminar e, quando não atendidas, se traduzirem em insatisfação dentro do sistema. É importante que sejam identificadas para discernir se devem ser consideradas, postergadas ou até negadas. Isto será menos complicado se houver um bom entrosamento, a partir de uma relação direta e com o maior interesse em estabelecer conexão, o que favorece a lisura nas relações. Especialmente, se houver habilidade em comunicação eficaz, como uma poderosa e transformadora ferramenta de integração, para que relacionamentos sejam sólidos e o mais perene possível.

Uma das grandes dificuldades na comunicação humana e, por consequência, na criação de uma relação saudável, é o fato de ser unidirecional, ou seja, um lado tenta convencer o outro de algo que não é objeto comum. Analogamente ao princípio da construção de vínculo, os profissionais de saúde devem gerar proposições que aumentem a capacidade dos indivíduos para lidar com as coisas que os afligem e que são muito difíceis de serem modificadas. Que estimulam o campo comum através das decisões compartilhadas e possibilitam emergir forças para o enfrentamento do que é inconveniente.

A despeito das fragmentações e escassez apontadas anteriormente, alguns serviços vêm apostando em modelos de saúde com base na atenção integral, com equipes multi ou interdisciplinares, que, além das competências técnicas específicas, ainda dominam as habilidades relacionais através de uma escuta qualificada, com vistas à construção de relações transparentes, fortes e duradouras, capazes de afetar positivamente os indivíduos. Na relação entre interlocutores, muitas vezes pode parecer que o que fala busca uma confirmação da sua versão, sendo que o mais provável é que ele queira ter seus sentimentos identificados. Torna-se, então, deveras importante a metalinguagem, e isso é possível quando se desenvolve uma boa escuta. É indicado fazer a devolutiva parafraseando e indagando ao que se expressou, se foi mesmo aquilo que quis comunicar.

Ao expor o modelo neurocognitivo sobre a arte da escuta e a consciência sobre a intenção do interlocutor, e sua importância para fortalecer as relações humanas, a neurocientista Russel T., (7) sugere que se faça um treino para aumentar a consciência das suas próprias intenções e sensações envolvidas nesse processo, para ampliar a sensibilidade em captar as intenções do outro e facilitar a sintonia na comunicação. O modelo pretende fazer da escuta a atividade cerebral primária.

Diante das constatações sobre a importância do vínculo para a boa relação entre profissionais e pacientes e para a efetivação e manutenção do Modelo de Atenção à Saúde, é mister estabelecer conceitos que melhor definem esta condição.

Após algumas acepções filosóficas, psicológicas e psicanalíticas, discorreremos agora sobre caracterizações sanitárias. No conjunto, algumas tangenciam os contatos humanos e outras aprofundam essas relações.

Independentemente da área definidora ou do contexto em que se aplique, verifica-se a essência do que é o vínculo quando existe uma comunicação que engaja e quando há o uso apropriado das habilidades humanas – aquelas que determinam as formas de lidar e interagir com o outro, as chamadas "*soft skills*", que são "*competências comportamentais e socioemocionais, ou seja, habilidades pessoais que nos possibilitam gerenciar as emoções, ter um bom relacionamento interpessoal e trabalhar de forma colaborativa.*" (8)

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vínculo *"consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico"* (BRASIL, 2012, p. 21) (9).

Segundo Merhy, (10) vínculo também resulta em responsabilidade na medida em que os indivíduos, sensibilizados pela condição do outro dentro de uma relação de confiança, evoluem para construção de autonomia. A este propósito, diz: "*E sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal."*

De acordo com Cecílio, 1997 (11), *"criar vínculo implica em ter relações próximas e claras onde haja: sensibilidade pelo sofrimento do outro, construção da autonomia do usuário, responsabilidade pela vida e pela morte dos pacientes por meio de intervenções nem burocratizadas nem impessoais. É preciso ter forte relacionamento e integração com a comunidade nas diferentes possibilidades de contato (no território, no domicílio, no trabalho, no consultório e nas atividades coletivas)"*.

Já Chakkour (2001, p. 6) apud Silva Junior e Mascarenhas (2004) (12) o definiram como *"o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas, criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento"*.

Ao realizar um trabalho que propunha a criação de um instrumento para mensurar vínculo em uma empresa do mercado da saúde suplementar brasileiro, aplicou-se uma pesquisa entre os trabalhadores da empresa, em dois estados da federação, para identificar o entendimento que tinham de vínculo (13). Eles expressaram que: *"o vínculo ocorre quando há afeto, empatia, confiança mútua, confiança no serviço e segurança dos usuários em relação ao atendimento de suas necessidades. Também foi apontado que a qualidade técnica, a resolutividade da demanda, o acolhimento e o acesso são determinantes na construção do vínculo."*

E, finalmente, a autoridade em APS (Atenção Primária em Saúde), Starfield 2002 p.266 (14) cita a definição proposta pelo Instituto de Medicina Americano da seguinte forma: *"uma parceria continuada refere-se à relação entre o paciente e o clínico com a expectativa mútua de continuidade no decorrer do tempo e fundada no desenvolvimento da confiança, respeito e responsabilidade mútuo."*

Fica patente que os cuidados ao longo do tempo tornam as relações mais fortes e entregam melhores resultados em saúde, conforme pontua Starfield, 2002, p.62 (14): *"A longitudinalidade pressupõe uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo desse tempo. Assim, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria repercutir em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais. A relação mais longa permite ao médico conhecer mais a respeito da história dos pacientes, sua personalidade e sua rede social"*.

Esses cuidados que se estabelecem ao longo da vida, entre os serviços e suas comunidades, ocorrem quando são adotadas estratégias com coordenação e ou responsabilização por uma população definida, diferente daqueles que são focados nas demandas ou apenas nas doenças.

Nesta linha, seguem os ensinamentos de Starfield: *"Atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como sua, sendo esta orientada para a pessoa e não para a doença. Uma das formas de refletir essa fonte habitual de atenção, nas Unidades de Saúde, é a existência de cadastros de pacientes que indicam que o profissional ou a equipe identifica uma dada população como sendo de sua responsabilidade. Estes são os meios pelos quais os profissionais podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto são respondidas (Starfield, 2002, p. 269 - 270).14*

Diante da relevância do tema vínculo para a atenção à saúde, cabe citar a meta-análise (15), com recorte temporal de dez anos (1998-2007). Os autores verificaram que o tema é de interesse das diversas categorias de profissionais da saúde pelo fato de ser um facilitador para conhecer a verdadeira motivação da busca pelos serviços de saúde, e de possibilitar a participação dos envolvidos no encontro da melhor alternativa para os problemas de saúde. Definem o vínculo como sendo *"a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e eles se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais."*

Constatamos, a partir destas considerações, que o modo de organização dos serviços pode resultar em maior ou menor vinculação entre as partes. Devido às características do modelo, há maior probabilidade dessa ocorrência naqueles serviços que estabelecem suas bases em APS e em atenção integral à saúde, por terem ações coordenadas e longitudinais.

Isto é especialmente verificável em locais que atuam com equipes qualificadas tecnicamente, incluindo as habilidades técnicas-humanas de escuta, empatia, acolhimento, flexibilidade e outras. Há também o diferencial quando se utilizam ferramentas para individualizar e personificar os cuidados, como as apreendidas pelas áreas da psicologia e outras (como o genograma, o ciclo de vida, F.I.R.O. e PRACTICE) (16) amplamente

difundidas em modelos como o National Health System (NHS), sistema de saúde da Inglaterra, ou no sistema de saúde canadense, especialmente nas províncias que adotam a formação médica da Universidade de Toronto. Por fim, a utilização de sistemas de informação com softwares desenvolvidos com a finalidade de gerenciar os cuidados, bem como de aplicativos e veículos de redes sociais, podem potencializar e auxiliar na formação de relações fortes. Tanto é assim que estas tecnologias têm sido utilizadas em larga escala por startups do setor.

A APS E A INTEGRALIDADE NA SAÚDE COMO FACILITADORAS DA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

O vínculo tem se mostrado um grande aliado quando se trata de cuidados em saúde. E isso se torna ainda mais forte quando há uma relação de confiança entre beneficiários e profissionais com o Serviço de Saúde. Tal conexão ocorre mais facilmente quando as pessoas percebem que possuem uma base segura, uma verdadeira alavanca na qual podem se apoiar e, com isso, se sentem amparadas. Vamos explorar proposições e diversos mecanismos utilizados para alcançar o objetivo da relação fortalecida.

O serviço de saúde, ao trabalhar na lógica do indivíduo e não da afecção, como historicamente tem acontecido, tanto nas organizações de saúde quanto nas instituições formadoras, precisa desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar os indivíduos para as práticas em saúde. Nesta linha, o trabalho deve incorporar "*mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo"*. É o que diz Merhy. (17)

Essas práticas devem repensar e modificar a postura dos profissionais, de maneira a considerar todos os atores do processo como participantes ativos. O respeito e a inclusão dos vários saberes, abrangendo conhecimentos científicos e culturais, assim como compreender as vivências da população assistida e de cada disciplina envolvida nas equipes de assistência, promovem um clima favorável à atuação multidisciplinar, a partir de outras capacidades de ação, incluindo a cooperação, o aprendizado e a reciprocidade.

Na definição da SAPS,(18) fica evidenciado que a atenção integral à saúde é melhor desenvolvida dentro de um serviço de APS: *"A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades*."

E ainda segundo Starfield, 2002 p.28 (14)*, "a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, aborda os problemas mais comuns e menos definidos da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar."*

A partir desta forma de organização dos serviços observa-se tanto os pressupostos que orientam a porta de entrada, facilitando o acesso para o atendimento no sistema e suas derivações entre os vários níveis quanto a utilização de outros atributos que vão determinar a eficácia da organização. Nesta lógica de atenção gerenciada, quando necessário, os encaminhamentos devem ocorrer de forma coordenada, por toda a rede de assistência. Aí reside a distinção entre outros modelos fragmentados e sem continuidade e ou longitudinalidade, razão de laços mais frágeis, além de outros prejuízos e maiores custos na assistência.

Atuando de forma corresponsável em seus territórios, profissionais e pacientes negociam intervenções para modificar os indicadores de saúde individuais e coletivos. Os autores pesquisados (19) demonstram que acesso e acolhimento são elementos que distinguem atenção primária e são "*categorias potentes e estratégicas para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde".* Por serem estes meios *"porta de entrada, integrarem os diversos níveis do sistema e coordenarem o fluxo de atenção",* como destaca Starfield (14). Portanto, torna-se imprescindível que as políticas de saúde institucionais incorporem estes princípios, norteadores da APS e que haja ênfase em treinamentos para que os profissionais aprofundem e se apropriem destes conceitos e desenvolvam, habilidades e atitudes para atuarem, de forma coerente, em seus cotidianos profissionais.

Um outro aspecto relevante na relação profissional paciente é mencionado por McWhinney, 1989, (20) quando trata da abordagem que deve considerar o indivíduo e as representações do adoecer e não apenas a doença: "*Se um profissional não se ativer à correlatos não físicos da doença por não explorar seu significado para o paciente, o resultado pode ser insatisfatório."*

A interação profissional-paciente exige ainda uma série de atitudes para criar confiança, segurança e uma certa intimidade emocional, que possibilite vir à tona as principais "deixas'', além das queixas do paciente. Quando o profissional está sensível e preparado para este tipo de abordagem, muitas vezes relata que fica mais fácil a identificação do verdadeiro motivo da consulta. Situações demonstradas pelo olhar, pelo não querer sair do ambiente quando o atendimento é finalizado, por reticências na fala etc. São subjetividades que, se percebidas, podem diminuir o número de contatos com o serviço, auxiliar na organização da demanda, evitar iatrogênese com exames, procedimentos e até internações desnecessárias, além de ter um imenso poder em estreitar o vínculo.

Pode-se observar a proporção da falta de atenção às demandas dos pacientes, em um estudo da Universidade de Toronto CA (21): *"Por exemplo, 45% das preocupações e 54% das queixas dos pacientes passam despercebidas pelos médicos durante as consultas e, em pelo menos 50% dos atendimentos, médicos e pacientes não concordam sobre o motivo principal das queixas apresentadas... Pacientes são interrompidos pelo médico tão logo comecem a falar dos seus problemas – menos de 18 segundos...Contrariando*

a expectativa de muitos médicos, não precisa demorar muito: um máximo de 2 e meio minutos ou uma média de 90 segundos. Os médicos devem também se esforçarem para despertar as percepções dos pacientes sobre a doença, os sentimentos e expectativas associadas."

Acolhimento e comunicação são indissociáveis. Um dos grandes desafios na relação, seja pessoal ou profissional, reside na necessidade de uma comunicação eficaz. Segundo Starfield 2002, p 292 (14), *"um ser humano é complexo, não uma máquina, então você realmente tem que tentar entender as coisas. Qualquer um pode pedir um exame ou fazer uma prescrição. A grande coisa da prática da medicina é descobrir por quê.*"

Em outra citação, Starfield p 295 (14) recorre a Szasz e Hollander (1956), que descreveram três modelos para interação médico paciente:

- *"modelo atividade – passividade, o médico toma as decisões. Isto ocorre em situações em que o paciente se encontra anestesiado ou inconsciente;*
- *modelo orientação – cooperação, o médico fornece as instruções e o paciente as realiza (coopera);*
- *modelo participação mútua, o médico auxilia os pacientes a se ajudarem; os pacientes participam na tomada de decisão."*

Neste último existe uma relação compartilhada em que o profissional oferece as informações e orientações, e o paciente participa das condutas a serem adotadas, de forma negociada. Parece haver maior adesão e satisfação do paciente, nesta modalidade.

Ainda se atendo à comunicação médico-paciente, Starfield recorre a (Emanuel e Emanuel, 1992) p.297 (14): *"esta estrutura possui quatro modelos: paternalista (o médico articula o problema e o tratamento); informativo (o médico fornece as informações para o paciente escolher entre as alternativas); interpretativo (o médico esclarece os valores do paciente e o auxilia a selecionar uma intervenção); e deliberativo (o médico ajuda o paciente a determinar e escolher entre seus valores)."*

O que se observa é que, a depender da forma de comunicação que se estabelece, pode-se ter relações mais ou menos fortes ao longo do tempo. Outro aspecto refere-se aos eventuais processos por imperícia, que podem ser evitados ou minimizados quando existem transparência e participação ativa e compartilhada na tomada de decisão. Esta forma de decidir, envolvendo as partes, aumenta ao longo dos anos, desde o primeiro contato até cinco anos ou mais, conforme foi demonstrado por um grande estudo, realizado por Kaplan e cols.1995 (22). Os 8316 pacientes foram acompanhados por médicos de atenção primária, cardiologistas e endocrinologistas, em Los Angeles, Boston e Chicago (EUA). Quando os pacientes têm maior participação, há menos probabilidade de troca de médico.

> (M.V.) 45a, 3 filhos, viúva (marido atropelado), casada novamente, após 5 anos. Queixa de HAS de difícil controle e dores de cabeça "insuportáveis". Após algumas tentativas de controle das morbidades e depois de aplicar

ferramentas para o trabalho com famílias, o que tornou a relação mais próxima, a paciente exteriorizou: *“meu filho caçula, muito inteligente, apresentável, se passou por advogado, falsificou assinaturas, aplicou golpes de estelionato, contraiu inúmeras dívidas e comprometeu o patrimônio da família, especialmente do pai adotivo.”* Na continuidade do tratamento e acompanhamento psicoterápico, as dores e a pressão arterial foram controladas. Nas consultas subsequentes, foi trazendo mais informações a respeito de diversas tentativas de tratamento para dependência química do filho. Por fim, ele recebeu um diagnóstico psiquiátrico, acabou sendo preso por outros delitos e a paciente seguiu sendo acompanhada durante 12 anos. Dizia sempre que*, “graças aos seus cuidados, meu filho não se “salvou”, mas eu não morri``. (atendimento em clínica privada, por médica de família LMC).*

Entender o significado da doença, os registros emocionais de alguns diagnósticos, os estigmas guardados pelos pacientes, e o quanto isso afeta suas vidas, pode facilitar e tornar a comunicação mais eficaz. Profissionais treinados para formas mais participativas costumam obter mais informações, antecipar a identificação do diagnóstico e obter adequada adesão aos tratamentos. Foi o que se verificou em um estudo randomizado (23), em que os pacientes do grupo experimental tiveram duas vezes mais eficácia na obtenção de informações dos médicos do que os do grupo controle. E ainda apresentaram maior envolvimento na interação com o médico, menos limitações impostas pela doença à capacidade funcional dos pacientes e maior preferência pelo envolvimento ativo na tomada de decisão sobre o tratamento.

Uma outra abordagem interessante trazida por Starfield 2002, p.297, refere-se à importância da voz, mais até do que pelo teor ou aspectos físicos da interação*. “O tom e a emoção da voz têm mais influência sobre o que os pacientes levam de suas consultas do que o teor da interação, mesmo quando itens específicos da informação sejam envolvidos.” (14)*

Em um programa de pós-graduação da UFMG, os autores (24) lembram que a transição do modelo biomédico para o proposto, centrado na pessoa, contraria a história da medicina, com suas bases iniciais focadas na doença. “*Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas”.*

Assim, torna-se mandatário utilizar um método que permita entender o verdadeiro motivo da consulta. As anamneses devem considerar o prisma do paciente, como sujeitos de sua própria história, de forma interessada e acolhedora, centrada no indivíduo, como propõe o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Citando Pendletton et al.: *“é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia.” (25)*

PROPOSTAS DE FORTALECIMENTO DO VÍNCULO

Como reiterado algumas vezes, é o vínculo, a tecnologia leve, das principais responsáveis pela adesão e engajamento da população aos serviços, além da imensa gama de ações necessárias para um melhor cuidado em saúde. Serão enunciadas algumas experiências de locais que atuam com APS e preconizam a atenção integral à saúde. Observa-se ênfase na utilização do gerenciamento da atenção, além do uso de ferramentas e estratégias que favorecem a formação e consolidação do elo entre profissionais e beneficiários.

No Sistema Único de Saúde do Brasil, em que a estruturação se faz no primeiro nível, através da Atenção Primária à Saúde, é evidente o alerta para a incorporação das seguintes medidas.

"***Recomendações para fortalecer a atenção primária à saúde no Brasil*** (29)

Tema	**Recomendação**
Expansão/consolidação da ESF	1. Ampliar e consolidar a ESF com ênfase nos atributos essenciais da APS
Ampliação do acesso à APS	2. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos). 3. Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes. 4. Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos, entre outros – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
Formação de profissionais para atuação multidisciplinar na APS	5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível. 6. Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e à tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).

Alocação de tecnologias para garantir resolutividade da APS	7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância. 8. Informatizar as unidades básicas de saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores; disponibilizar registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
Aprimoramento da regulação/ coordenação de serviços para fortalecer a APS como elemento estruturante do SUS	9. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.
Estrutura e financiamento	10. Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes. 11. Garantir estruturas física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das unidades básicas de saúde.
Recursos humanos, provimento de profissionais, apoio e estímulo às equipes	12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade). 13. Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos. 14. Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telessaúde NASF, matriciamento), de forma presencial ou a distância. 15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho. 16. Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
Produção e divulgação de conhecimento	17. Promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
Conferir transparência às ações da APS	18. Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.

REFERÊNCIAS

1. Enes RF. Evolução do relacionamento com o cliente. Revista Acadêmica Online [periódicos na internet]. 2015 jul/ago. [acesso em 26 abr. 2022]; 1(03). Disponível em: https://abre.ai/eo4N

2. Simpson J. Oxford English Dictionary. 3thed. Oxford: Oxford University Press; 2017.

3. Spinoza B. Ética: tradução de Tomaz Tadeu. 2. ed. 6. reimp. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.

4. Trindade R. Espinosa - ciência dos afetos. Razão Inadequada [homepage na internet]. 2016 abr. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo5r

5. Brown B. A coragem de ser imperfeito. Rio de Janeiro: Sextante; 2016.

6. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGSD, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(spe2):1156-1167.

7. Russel T. Mindfulness: atenção plena no movimento. São Paulo: Madras; 2018.

8. Fialho B. Doze exemplos de soft skills essenciais para sua carreira. Cursos e Carreiras [homepage na internet]. 2021 abr. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo6b

9. Brasil. PNAB: política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

11. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-26.

12. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitc; 2004. p. 241-57.

13. Capeletto LM, Feitosa MH, Dias VRFG. Vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família: Uma proposta de avaliação da CASSI Curitiba e Porto Alegre [monografia]. Cidade, Instituição; 2005.

14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

15. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-135.

16. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde Soc 2009;18(3):515-24.

17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

18. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária? [homepage na internet]. [Acesso em 26 abr 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo60

19. Souza ECFD, Vilar RLAD, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2008;24: s100-s110.

20. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press; 2009.

21. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ-Brit Med J 1991;303(6814):1385.

22. Greenfield S, Kaplan S, Ware Jr JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. Ann Intern Med 1985;102(4):520-528.

23. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I - Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;292(6535):1573–1576.

24. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais 2016;26 (Supl 8): S216-S222.

25. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford Universty Press; 2003.

26. Advice Health. Os desafios da saúde suplementar no Brasil. Advice Health [homepage na internet]. 2018 ago. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo9l

27. Souza JG. Resistindo ao poder da enfermagem: uma prerrogativa do paciente [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 2001.

28. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátricas. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.

29. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2020;44:e4.

30. Carvalho TS. Administração de pacientes de alto custo pela Kaiser Permanente (KP). LinkedIn [homepage na internet]. 2020 Jan [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo9J

31. Pearl R, Madvig P. Managing the most expensive patients. Harvard Business Review [homepage na internet]. 2020 Jan/Feb [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: https://abre.ai/eo9M

32. Liao JM, Emanuel EJ, Navathe AS. Six health care trends that will reshape the patient-provider dynamic. Healthcare 2016;4(3):148-150.

33. Chesluk B, Tollen L, Lewis J, DuPont S, Klau MH. Physicians' voices: What skills and supports are needed for effective practice in an integrated delivery system? a case study of kaiser permanente. Inquiry 2017;54.

O FUTURO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Data de aceite: 01/01/2024

Erno Harzheim

Bernardo João Rachadel Júnior

Kátia Audi Curci

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma análise do avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) no mercado da Saúde Suplementar. Optou-se por realizar uma contextualização dos movimentos realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao estimular esta prática e como as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) estão organizando clínicas e serviços de APS e/ou reorganizando seus sistemas de atenção à saúde. A partir disso, elencou-se as principais lacunas e desafios para o fortalecimento da APS na Saúde Suplementar e, ao final, apontam-se os potenciais caminhos do futuro para esse fortalecimento.

A APS é definida como o primeiro nível (centro de comunicação e coordenação) de atenção/cuidado dentro do sistema (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde[1,2]. Pode contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. A APS objetiva otimizar a saúde dos indivíduos e da população, ser o centro de comunicação da rede assistencial e proporcionar equidade na distribuição de recursos, tanto recursos próprios do cuidado como financeiros.

A partir desse conceito, percebe-se a distância que separa o momento atual da Saúde Suplementar de um cenário em que a APS seria a alavanca que reorganiza o modelo assistencial. O mercado da Saúde Suplementar é, historicamente, focado no modelo curativo, com uso de rede credenciada sem a navegação dos beneficiários, cuidando de sintomas e doenças[3]. Há escassa abordagem

preventiva e de promoção da saúde sistematizadas e embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

A prática de uma APS de qualidade, resolutiva e que atua como orquestradora do sistema de saúde exige que sua operacionalização contemple aspectos específicos, como os atributos essenciais e derivados da APS. Além de processos e recursos que atuem sobre a composição e integração da rede de prestadores (RAS)[4], imprescindivelmente baseados em sistemas informatizados com base em plataformas de interoperabilidade, com determinação clara da carteira de beneficiários e mensuração dos resultados e aliados a formas de pagamento com base na qualidade do cuidado prestado (*value-based health care*).

Atualmente, na Saúde Suplementar existem OPS que implementaram a APS com equipe e estrutura próprias; algumas que contratam empresas do mercado para atuar em sua estrutura; outras que optam por organizações que fornecem toda estrutura e, também, as que contratam apenas o processo de gestão dos serviços. Nesta diversidade, encontramos serviços de APS que são remunerados por vida; outros remunerados parcialmente por vida e parcialmente por resultado (com grande variedade dos indicadores que compõem este cardápio) e aqueles no modelo *fee-for-service*. Além disso, a polissemia, ainda infelizmente presente, que cerca o conceito de APS no Brasil faz com que algumas OPS e empresas intitulem de APS algo que não é, nem deveria ser. Diante deste cenário, é fundamental compreender o que é e o que não é APS e quais caminhos futuros podem ser traçados para fortalecê-la na Saúde Suplementar.

CONTEXTO ATUAL DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Caminho percorrido

A Lei nº 9.656 de 1998, que regulamenta os produtos (planos) na Saúde Suplementar, trouxe um novo cenário, pois garantiu o ordenamento necessário do setor, ampliando o cuidado assistencial oferecido pelos planos privados de assistência à saúde aos seus beneficiários. O aprimoramento das normas editadas, ao longo dos anos, vem na tentativa de incentivar a melhoria da qualidade da assistência e buscar a sustentabilidade da área.

Posteriormente, com a criação da ANS[6], em 2000, o setor passou a ter mais sintonia com o Sistema Único de Saúde (SUS), identificando e tratando alguns problemas de forma sistêmica e, dentre estes, o quanto o modelo de cuidado centrado no curativo, fragmentado e sem a APS como orquestradora, era gerador de desperdícios, elevados custos e com qualidade assistencial aquém do que deveria existir. Surgiu, assim, a oportunidade para que o setor de saúde privado brasileiro, em que pesasse fatores culturais próprios, pudesse incorporar algumas novas formas de organizar o sistema de saúde e colocá-lo ao alcance das pessoas.

Outros pontos que corroboram para esta ampliação da APS neste mercado são a ausência da coordenação e da antecipação de cuidado devido ao modelo atual, a dificuldade de sustentabilidade dos planos de saúde e o potencial de resolutividade da APS. A ANS tem incentivado a adoção de estratégias similares à APS. As primeiras políticas indutoras[7] foram criadas em 2005, por meio dos programas com objetivo de promover a saúde e prevenir doenças (Promoprev), voltados para grupos de risco específicos, incluindo os doentes crônicos. Mas cabe salientar que só é possível mudar o modelo assistencial se a APS atuar como verdadeira entrada do sistema, com uma carteira de serviços ampla e com alocação de poder suficiente para que ela possa garantir a longitudinalidade e a coordenação do cuidado das pessoas. Estratégias somente de promoção e prevenção não são APS.

Assim, as operadoras brasileiras começaram a estruturar a APS como programas de saúde e outras, como produto. Algumas de forma mais organizada, outras, mais intuitivamente, buscando alterar o modelo de remuneração *fee-for-service*, historicamente praticado neste mercado; e há uma parcela com o intuito de reduzir seus custos e minimizar os desperdícios.

Segundo o Laboratório de Inovação[8] Sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar, *"uma das inspirações para tais mudanças assistenciais têm sido as Accountable Care Organizations, ACO norte americanas que fazem parte do Affordable Care Act ("Obamacare"), tendo como propósito dividir com o gestor do serviço e com o próprio médico da APS a responsabilidade pela gestão da carteira de pacientes"* - a Figura 1 traz as ações da ANS para a Saúde Suplementar, buscando estimular as OPS para a prática da APS.

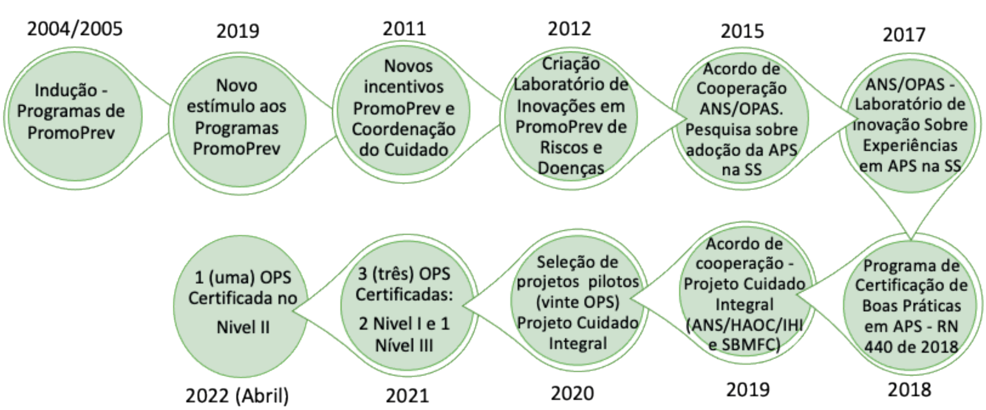


Figura 1: Trajetória das regras da ANS com vistas a estimular a APS na SS.

Fonte: elaboração dos autores.

A criação de APS como produto da Saúde Suplementar segue a Resolução CONSU 08 (1998)[9], que dispõe sobre as regras gerais dos produtos que as OPS podem oferecer ao mercado. Define que não podem impor fator restritor severo ao acesso aos serviços, nem na utilização dos recursos no cuidado à saúde. Considera que "*porta de entrada, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso são mecanismos de regulação e, portanto, as OPS deverão informar clara e previamente ao consumidor sobre tal arranjo*"[9].

Outra Resolução Normativa (RN) que precisa ser contemplada na organização da APS é a RN 259 (2011)[10], que regulamenta a garantia de atendimento dos beneficiários na rede de assistência e traz que as OPS deverão garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, além das coberturas contratadas. Ela determina as políticas e penalizações de acordo com o que rege o contrato do produto, que, por sua vez, devem estar alinhados às normas mencionadas.

APS nas operadoras de planos de saúde

Existem, atualmente, oito modalidades de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde classificadas conforme constituição e natureza. São elas:

1. Autogestão – Oferece cobertura a um grupo fechado, composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de empresas, associações, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e seus dependentes. Pode montar uma rede de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) própria ou contratar outros para atender seus beneficiários.

2. Cooperativa médica - Segue a mesma lógica de outras cooperativas. É uma entidade formada por médicos (cooperados), que se unem para, além de prestar serviços de saúde, comercializar e operar planos. Pode montar uma rede de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) própria ou contratar outros para atender seus beneficiários.

3. Filantropia – Trata-se das iniciativas de entidades filantrópicas de fato, que montam uma operadora com a finalidade de gerar receitas para a entidade assistencial filantrópica que tem o certificado do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

4. Seguradora especializada em saúde - Empresa seguradora que comercializa seguros de assistência à saúde ou opera seguros que preveja a garantia de assistência à saúde. Os seguros de saúde, além de sua rede credenciada, praticam o reembolso com valor vinculado ao tipo de contrato. Seguradoras não podem ter rede própria.

5. Medicina de grupo - Neste, temos todas as operadoras que não se enquadram nas demais modalidades. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora.

6. Administradora de benefícios - Regulada pela ANS, atua como estipulante ou prestadora de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades de classes profissionais que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde para a população a eles vinculada. (Artigo 2º da RN 196/2009 ANS)[11].

7. Cooperativa odontológica - Operadora que se constitui em associação de odontólogos e comercializa ou opera planos de assistência exclusivamente odontológicos.

8. Odontologia de grupo - Modalidade na qual se enquadram empresas que comercializam planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as cooperativas odontológicas. Pode constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.

As diversas modalidades de OPS disponibilizam uma diversidade de arranjos para a comercialização do produto com coberturas diferentes (representada na Figura 2), no que tange a:

A. Contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; ou c) coletivo por adesão.

B. Tipos de cobertura assistencial ou amplitude da cobertura assistencial que pode ser contratada de acordo com a segmentação abaixo:

- Ambulatorial – Cobre consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no contrato assinado com a empresa operadora do plano de saúde;

- Hospitalar com obstetrícia - Garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Para os celebrados a partir de 1998, não há limite de tempo de internação, sendo garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;

- Hospitalar sem obstetrícia – Tem a cobertura em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, com exceção da atenção ao parto, e dos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato;

- Referência – Possui cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação do tipo enfermaria. Sua cobertura mínima prevê atendimento de urgência e emergência integral já 24 horas após sua contratação;

- Odontológico - Cobre procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos e definidos, obrigatoriamente, no contrato, realizados em ambiente

ambulatorial. Ressalte-se que os procedimentos precisam estar listados no contrato.

C. Abrangência geográfica - Os planos podem ter cobertura nacional, estadual, grupo de estados, municipal, ou grupo de municípios.

D. Mecanismo de regulação: com coparticipação e/ou franquia.

A Figura 2 ilustra a diversidade apontada acima.

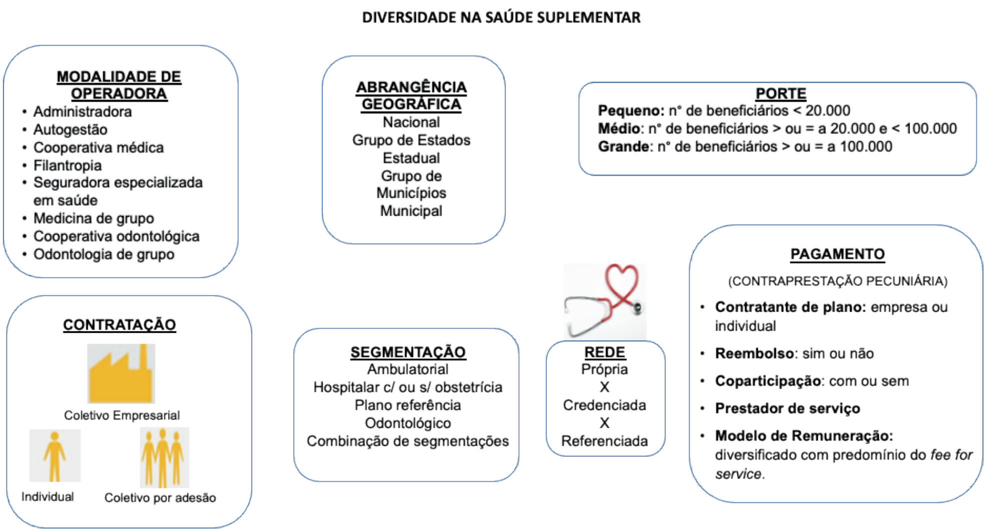


Figura 2 - Diversidade na Saúde Suplementar.

Fonte: os autores.

Nos casos em que a operadora optar por organizar o modelo de atenção definindo o direcionamento para a rede assistencial com “porta de entrada”, isto deve estar explícito no contrato e deverá ser informado ao beneficiário, conforme estabelecido na Resolução CONSU n.º 8/1998[9], que dispõe sobre mecanismos de regulação nos planos privados de assistência à saúde. Este é um passo fundamental rumo à mudança de modelo assistencial com base em APS.

Conforme pode-se observar, todas as modalidades de OPS podem organizar sua rede de prestadores de serviços de saúde com APS, seja própria (exceto seguradoras) ou contratadas. Mas, para tanto, é preciso que as OPS construam junto com seus clientes e patrocinadores novos modelos de organização de sistemas de saúde que visem atingir os objetivos possíveis de serem atendidos pela APS, como tratado ao longo deste livro.

Visando estimular este movimento, a ANS lançou a RN 440, que foi revogada pela RN 506[12], que instituiu, em 2018, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Este possui em seu escopo as etapas e tipos de certificação que as OPS podem receber, a depender do modo

que ofertam serviços, ações e produtos de APS. As regras especificadas propiciam às operadoras certificações que demonstram o quanto elas avançaram na disponibilização da APS para seus beneficiários, como pode ser aprofundado no Capítulo 5.

Atualmente, existem 20 operadoras com projeto piloto[13] para certificação em APS inscritas na ANS e quatro já certificadas: sendo uma com certificação básica em APS, Nível III, incluindo adultos e idosos, uma com certificação intermediária em APS, Nível II, englobando adultos e idosos; crianças e adolescentes e pré-natal e puerpério, e duas com certificação plena em APS, Nível I, abrangendo toda a carteira de beneficiários independentemente da faixa etária e da condição de saúde. Esse número é flutuante, pois a qualquer momento outros projetos podem ter sido inscritos, ou, por outro lado, descontinuados.

Entretanto, muito além do processo de certificação, sabe-se que há muitas OPS com oferta de serviços de APS, próprios ou contratados. O mercado de APS, na Saúde Suplementar, encontra-se aquecido. Há várias empresas oferecendo serviços de APS para as Operadoras de Planos de Saúde e Empresas. Nestas últimas, há a perspectiva de oferecer APS em espaços dentro delas, onde, até então, só existiam serviços relacionados à Saúde Ocupacional. Não é objeto deste capítulo analisar este item, mas há muito o que ser explorado e discutido neste campo. Atualmente, não se conhece o total de empresas e de OPS que estão com serviços de APS em funcionamento, tampouco se tem clareza das práticas e dos resultados obtidos na jornada.

Conforme já abordado nos capítulos anteriores, operacionalizar serviços de APS exige uma série de requisitos, métodos e tecnologias, não bastando apenas alterar o nome do serviço ou dizer que pratica APS. É preciso mudar a forma de funcionamento, de cuidar das pessoas, de se relacionar com a rede prestadora, de monitorar e avaliar os resultados, entre outros. Não parece haver muitas estratégias de APS no mercado da Saúde Suplementar com robustez nestes quesitos.

Em 2018, o Laboratório de Inovação Sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar[6] realizou um trabalho para conhecer e avaliar as experiências de APS na Saúde Suplementar. Recebeu 41 experiências e 12 delas foram consideradas como inovadoras na organização de seus serviços, a partir da identificação dos atributos da APS, apresentando indicadores de processo e resultados. Também foram selecionadas seis experiências com atributos da APS, porém, ainda sem resultados demonstrados, devido ao curto tempo de implementação à época.

LACUNAS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

As principais lacunas e desafios existentes para alcançarmos um cenário com presença e extensão forte dos atributos da APS na Saúde Suplementar são:

- Centralização dos processos assistenciais nas pessoas;

- Disseminação e compreensão de conceito da APS, seus princípios e atributos;

- Ajuste das expectativas organizacionais, tanto assistenciais como financeiras, na adoção de modelos de atenção baseados na APS;

- Modelo de remuneração/pagamento/financiamento das equipes de APS;

- Operacionalização assistencial da APS relacionada à lista de pacientes; composição da equipe multidisciplinar; organização do acesso e da agenda; processos assistenciais baseados em evidências e linhas de cuidado; continuidade do cuidado e ambiente de confiança entre beneficiários e equipe; fluxo dos beneficiários hierarquizado e coordenado na rede de prestadores;

- Cuidado das condições crônicas, dos problemas de saúde mental e a abordagem do envelhecimento populacional;

- Incorporação de novas tecnologias assistenciais;

- Disponibilidade de profissionais especialistas em APS: médicos de família, enfermeiros, farmacêuticos, gestores, entre outros;

- Sistema de informações, prontuário eletrônico, digitalização e automação de processos assistenciais e uso da telemedicina;

- Monitoramento e avaliação baseados em indicadores que representem a aquisição de valor em saúde;

- Cultura de livre utilização dos planos de saúde pelos beneficiários;

- Gestão oportuna da saúde da população adscrita.

A oferta de serviços e os modelos de cuidados baseados em APS operacionalizados na Saúde Suplementar ainda estão na fase de implementação. Mesmo nas operadoras em que a APS é praticada há mais tempo, a oferta desta modalidade de cuidado ainda não cobre toda carteira de beneficiários do plano (incluindo os que não utilizam os serviços, pois não podem deixar de receber cuidados em saúde) e a política interna de existência se mostra muito sensível ao direcionamento de cada gestão.

A APS é ainda, como já dito, um termo polissêmico. Esta polissemia poderia ser reduzida por meio de um processo de disseminação do conceito, objetivos e atributos da APS citados no início deste capítulo e aprofundados no Capítulo 2. Além disso, as expectativas que cercam os gestores de serviços de saúde e de OPS sobre a APS são muitas vezes imediatistas e de curto prazo. APS é uma estratégia individual e populacional simultânea. Desta forma, quanto maior a proporção de beneficiários de um plano de saúde que estiver sob gestão clínica de equipes de APS, maior será o impacto desses times sobre a saúde populacional e a consequente sinistralidade. Além disso, Kringos et al (2013)[14] apontaram com clareza que sistemas de saúde fortemente embasados em APS conseguem conter a escalada dos custos em saúde, mas não reduzir gastos atuais.

Concorrente às expectativas de impacto financeiro de adoção da APS como organizadora do processo assistencial é essencial definir a maneira de pagamento/remuneração/financiamento, que pode ser emulada como a forma de oferta de um produto de APS ao mercado. É fundamental que o financiamento das equipes de APS parta de um modelo misto que alie captação, pagamento por desempenho e incentivos específicos (com viés *fee-for-service*), como nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)[15] e a recente mudança do financiamento da APS no SUS, por meio do Previne Brasil[16].

Uma das formas de garantir maior robustez às iniciativas de APS na Saúde Suplementar é transformá-la no núcleo de organização da rede de cuidados, a exemplo do que é praticado em vários países. Isto implica em oferecer as ferramentas necessárias para que as equipes de APS exerçam com excelência seu trabalho, assim como possibilitar que esses times tenham maior poder de coordenação do fluxo assistencial dos beneficiários, na rede credenciada.

Para tanto, inúmeros ajustes operacionais são necessários e serão detalhados na próxima seção ao se apresentar os potenciais caminhos de futuro da APS na Saúde Suplementar. Adicionalmente, outro ponto tão crítico como o modelo de financiamento da APS é o método de monitoramento e avaliação que será empregado para aferir sua adequação conceitual e seus resultados. Neste sentido, um forte comprometimento com os atributos da APS, por meio do uso de instrumentos como PCATool-Brasil, e com resultados em saúde, mensurados por meio de *KPI's* (*Key Performance Indicator* das *Accountables Care Organizations*), são fundamentais.

Outro aspecto que precisa de mais atenção é a forma como o mercado da Saúde Suplementar trabalha a Gestão de Saúde Populacional. Conhecer de forma pormenorizada o perfil epidemiológico e demográfico das carteiras, assim como a trajetória clínica que os pacientes com as doenças mais prevalentes percorrem, é de suma importância para a tomada de decisão acerca da adequação da prática das equipes de APS e da rede credenciada. E, nestes pontos, a coordenação de cuidado é basilar, com adoção de protocolos e linhas de cuidado, pactuados com a rede prestadora.

Mais dois itens a se considerar, além do perfil das carteiras, são a oferta de profissionais especializados em APS e a composição dos times. Há clínicas e serviços com médicos de família ou com generalistas da medicina e da enfermagem, outros agregam especialidades e há os que trabalham com nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros. Importante registar que um dos fatores determinantes da composição da equipe ou time é o perfil e a atividade laboral da carteira, ou seja, quanto mais envelhecida, pode-se ter mais doenças crônicas, fato que favorece a incorporação de algumas especialidades médicas e profissões da área da saúde às equipes de APS. Entretanto, o encaminhamento para consulta com esses especialistas deve seguir a mesma lógica de referenciamento para quando o especialista está na rede. É imprescindível medir

os resultados dos trabalhos de todos, considerando os indicadores que demonstram a melhoria (ou não) do nível de saúde da população usuária e mensuram os desfechos intermediários.

A quantidade de profissionais precisa estar alinhada ao perfil da carteira também. Uma das formas de ajuste da carteira à oferta do time de APS é a fórmula de Carr-Hill[17] para afiliar as pessoas aos médicos de família, ponderando, assim, o gênero e a idade com o número de beneficiários por médico. Na saúde, o critério de adscrição por equipe varia muito e nem todos os *players* utilizam a fórmula de Carr-Hill. Alguns não possuem população adscrita por médico/equipe, assim como nem todos trabalham com a efetiva Gestão de Saúde Populacional.

Com formas diferentes de estruturação e de operacionalização da APS, torna-se óbvio a dificuldade de avaliar os benefícios. O capítulo 4 deste livro detalha sobre o monitoramento e a avaliação, apontando que é imperioso ter indicadores mínimos pactuados pelo mercado para mensurar estrutura e processos, mas fundamentalmente os resultados. Hoje, a própria ANS desconhece o que ocorre, pois nem todos os serviços de APS estão registrados na agência, uma vez que não há esta obrigatoriedade e poucos estão assim cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em relação à disponibilidade de informações para tomada de decisão, o primeiro passo para conhecer o estado da arte da APS na Saúde Suplementar passa pela definição de indicadores que reflitam a força da APS, assim como os resultados em saúde e financeiros alcançados. Além disso, para a obtenção de indicadores sólidos e confiáveis para a gestão dos serviços de APS, é essencial compreender e consolidar o fluxo completo dos dados, considerando desde sua origem até a composição final, e os modelos informacionais para apoio à decisão. A falta de compreensão sobre os processos de geração de informação pode produzir entraves para a operação e gestão do serviço de APS.

Um dos pontos críticos para que esse processo ocorra adequadamente é a interoperabilidade dos dados administrativos e assistenciais. Integrar operacional e semanticamente as informações de origens distintas pode ser um desafio, dependendo da temática em questão. Para alguns tipos de comunicação, têm-se protocolos maduros e difundidos. No entanto, para outros, há protocolos pouco difundidos não padronizados para a mesma comunicação ou inexistente.

No cenário da Saúde Suplementar brasileira, tem-se, por exemplo, o protocolo de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS). Este, por sua vez, foi instituído desde 2005 pela RN n° 114/2005 em sua primeira versão, pois esta foi revogada e atualmente a TISS é orientada pela RN Nº 501, de 30 de março de 2022[18]. Com enfoque administrativo e financeiro, este protocolo soluciona a comunicação entre operadoras, prestadores e ANS quanto às obrigações legais. Além disso, garante a interoperabilidade entre sistemas de operadoras de saúde e sua rede prestadora. Em paralelo, o Ministério da Saúde (MS) tem investido esforços na plataforma da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS), que visa a

interoperabilidade em saúde e foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020[19]. Apesar de recente, ela é peça-chave da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020 – 2028).[20] Dentre os eixos relacionados ao RNDS, estão: *"Ações do MS para o SUS, Definição de Diretrizes para Colaboração e Implantação do Espaço de Colaboração",* sendo que a aplicação aborda o setor público e privado.

Os protocolos apresentados são exemplos de importantes iniciativas para a interoperabilidade de dados. Para a APS, este intercâmbio de dados e informações é fator fundamental, já que idealmente ela deve funcionar como a entrada única para todo o sistema de saúde da operadora. Sendo assim, para que haja uma efetiva coordenação do cuidado e navegação do paciente, por exemplo, é imprescindível que os prestadores da rede compartilhem as informações preferencialmente *on time*. O acesso compartilhado, além de evitar desperdícios, garante melhor conduta dos profissionais de saúde, fortalece o cuidado em rede e a segurança do paciente. Já quanto à navegação do cuidado, a atenção fica voltada para ter a informação correta e em tempo oportuno, para que a assistência seja prestada tempestivamente. A partir do momento que o paciente é direcionado para fora da APS, as ações e os registros precisam ser compartilhados para a adequada operacionalização do serviço. A interoperabilidade entre sistemas, ainda, garante segurança e agilidade nos trâmites de dados dentro do ecossistema de saúde e deve seguir o marco legal atual da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)[21] quanto à privacidade e confidencialidade dos dados do indivíduo.

O CAMINHO DA CONSTRUÇÃO DO FUTURO DA APS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Ao se observar a realidade atual da Saúde Suplementar, percebe-se nitidamente uma aposta do setor em estratégias de APS para a busca da qualidade assistencial e da sustentabilidade dos planos de saúde. Neste sentido, promover a aceitação dos beneficiários a novas formas de organização do modelo assistencial é crucial. Importante aliar a introdução de novas estratégias de APS com o uso de indicadores e sistemas de monitoramento e avaliação que permitam medir o impacto das inovações dentro de um prazo razoável, e com denominador populacional suficiente e compatível ao se comparar as diferenças entre os modelos.

Para a efetivação da APS na Saúde Suplementar, é imperativo que se radicalize na presença e extensão de seus atributos essenciais. O acesso dos beneficiários às equipes de APS (e suas estratégias de apoio) durante as 24 horas do dia, nos sete dias da semana, deve ser uma obsessão. Esta é uma dificuldade ao se oferecer APS a um número reduzido de beneficiários. Mas, ao disponibilizar APS a uma carteira de beneficiários maior, é possível agregar times de APS em apoio uns aos outros, além de mecanismos de acesso ligados às tecnologias de informação (telefone, email, WhatsApp, apps etc.), assim como serviços de atendimento pré-clínico. A automatização e robotização desses últimos é uma tendência já

evidente que deve ser reforçada. Todas essas estratégias de acesso produzirão resultados se o fluxo de informações clínicas geradas em cada entrada do beneficiário no sistema abastecer a equipe de APS, responsável pela gestão da saúde dos indivíduos.

Nesta linha, as equipes de APS devem ter composição centrada nos médicos de família ou generalista, nos enfermeiros e nos farmacêuticos, principalmente frente a epidemia de condições crônicas. Outras profissões e especialidades, como pediatria e ginecologia, dependerão do padrão etário, laboral e cultural da carteira de beneficiários. É importante que as diferentes equipes de APS trabalhem integradas e tenham acesso ao prontuário eletrônico comum para serem retaguarda assistencial uns dos outros, a fim de permitir o amplo acesso dos beneficiários.

Para se mudar a cultura da busca de serviços de um modelo *fee-for-service* para um baseado em APS, os beneficiários do plano de saúde precisam perceber nitidamente que há ganhos nesta troca. Neste sentido, amplo acesso, resolutividade e forte relação médico-paciente (equipe-paciente) – baseada no método clínico centrado na pessoa, com disponibilidade das informações da trajetória assistencial delas – podem ser de grande valia. É importante, também, que os beneficiários tenham conforto físico e de tempo na busca pelas equipes de APS. Isto passa por gerenciar a espera por consultas, assim como utilizar modelos de agenda focados nas lacunas de cuidados e nas necessidades das pessoas, como o acesso avançado ou o modelo *carve-out* (no qual um percentual de vagas é reservado para consultas de demanda espontânea). Além disso, o acesso a clínicas e a serviços de APS que funcionem como *one stop shop*, isto é, onde os beneficiários possam resolver a grande maioria dos seus problemas e necessidades, como consultas com o time de APS, com as especialidades mais demandadas (pelo perfil da carteira, respeitando o fluxo detalhado acima), a coleta de exames laboratoriais, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fisioterapia etc. Importante registrar que o tamanho da clínica, o número e a diversidade dos serviços/profissionais precisam estar alinhados à cobertura dos beneficiários, para que não haja oferta de ações/serviços sem a real necessidade. Outro ponto crucial é garantir que os serviços estejam ao alcance de todas as pessoas e, neste sentido, cuidar para que atendimentos de longa duração não ocupem a agenda dos profissionais com um número restrito de beneficiários.

Todo esse processo precisa ter linhas de cuidado informatizadas acerca das principais condições de saúde. Isto garante a transparência do processo, facilita a comunicação dos times de APS com as pessoas e a navegação, permitindo a produção de indicadores baseados em valor em saúde. Essas linhas de cuidado e a disponibilidade de informação clínica de toda ou grande parte da trajetória assistencial são cruciais para a coordenação do cuidado. Além disso, mecanismos de navegação do paciente (monitoramento de crônicos, auxílio na condução pela linha de cuidado, telemonitoramento, uso de apps com lembradores eletrônicos e automatizados, rastreamentos baseados em evidência sistematizados, entre outros) e mecanismos de coordenação assistencial (ampla comunicação entre médicos

de APS e especialistas, atividades de desenvolvimento profissional contínuo conjuntas, personalização da comunicação na rede credenciada, construção conjunta de protocolos assistenciais) garantem maior chance de êxito a esse atributo tão relevante frente o envelhecimento populacional, a epidemia de condições crônicas e os problemas de saúde mental, assim como diante da existência de beneficiários que super utilizam os recursos sanitários.

Outra questão a ser priorizada é a possibilidade de garantir graus de liberdade de escolha aos beneficiários. A possibilidade de o paciente escolher ou trocar seu time de APS, em especial, seu médico de família, assim como ter mais de uma opção por médicos especialistas e profissionais da área da saúde, todos regidos pela mesma cultura assistencial, diminui a resistência da passagem da livre escolha para o modelo hierarquizado que caracteriza a APS.

A percepção dos beneficiários de estar frente a uma *one stop shop* nas clínicas e nos serviços onde as equipes de APS fazem atendimento presencial pode ser intensificada com a incorporação de tecnologias assistenciais contemporâneas pelos próprios times de APS. Pode-se lançar mão da estratégia do *general practitioner with special interest*s[22], médicos de família com interesses especiais, na qual generalistas se 'especializam' em procedimentos e ampliam o escopo da carteira de serviços que é oferecida aos beneficiários. Isto também pode ser facilitado pela automatização de processos assistenciais via tecnologia. Desta forma, por exemplo, a realização de análise automatizada de fundo de olho em diabéticos e com uso de inteligência artificial, o uso de ultrassonografia como auxiliar para realização de infiltrações articulares, a prática de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, biópsias, infusões, sondagens, curativos etc. podem ser oferecidos nas clínicas de APS e atrair os beneficiários.

Mais um ponto a ser enfatizado deve ser a substituição, sempre que possível, de toda ação assistencial presencial por ação de telemedicina e/ou telessaúde. Idealmente, seria uma medida de eficiência estabelecer protocolos em que os beneficiários pudessem ter primeiro seus problemas avaliados por teleconsultas antes da consulta presencial, tanto na medicina de família como com especialistas. No caso dos encaminhamentos para especialistas que não trabalham na clínica ou serviços de APS presenciais, a construção de consultórios virtuais com equipamentos de semiologia médica à distância facilitaria o acesso aos especialistas, gerariam ganho de tempo e conforto para todos os envolvidos, assim como seriam mais um ponto de atração dos beneficiários às clínicas e aos serviços de APS.

No que tange à incorporação de tecnologias de cuidado aos times de APS, deve-se ter em mente uma análise de custo-efetividade e custo-benefício da oferta de novas drogas e estratégias de cuidado que, mesmo com gasto elevado, podem representar benefício terapêutico e econômico, por aumentar a adesão e garantir êxito de tratamentos. Nos próximos anos, inúmeras inovações terapêuticas de uso parenteral (endovenoso,

subcutâneo, implantes) de baixa frequência temporal, e de nutrição especializada, substituirão medicamentos de uso diário e poderão trazer o duplo benefício citado.

Obviamente, muitas dessas estratégias que já são utilizadas em algumas OPS, e outras que ainda não, só terão chance de êxito com o fluxo de informações assistenciais por toda a rede de atendimento. Já abordamos a necessidade do uso de prontuários eletrônicos, interoperáveis entre si e com os sistemas administrativos, com o intuito de fomentar o uso de informações para a tomada de decisão clínica e gerencial. Este seria o escopo da implantação e/ou desenvolvimento de Registros Eletrônicos em Saúde. No entanto, alguma informação é melhor do que nenhuma. Assim, a busca por um cenário ideal da oferta de informações clínicas e gerenciais não deve ser um impeditivo para a digitalização crescente e progressiva de ambos os processos, sempre tentando garantir a maior confiabilidade possível dos dados e o respeito à confidencialidade, por meio da aplicação da LGPD.

Já foi abordada a necessidade de municiar os times de APS com ferramentas de cuidado que possam ampliar sua resolutividade, o que inclui o suporte de especialistas e de uso de algoritmos clínicos, lembradores e inteligência artificial junto aos prontuários eletrônicos. Mas, também, é necessário garantir, além do estímulo do ambiente físico e da qualidade do trabalho cuidado, o fomento financeiro para a busca incessante pela resolutividade e qualidade. Desta forma, os sistemas de remuneração/pagamento das equipes de APS devem ser mistos, com a maior parte baseada na capitação, isto é, no tamanho e distribuição por sexo e idade da carteira de beneficiários sob cuidado. Os demais componentes da remuneração devem estar relacionados à resolutividade, ao pagamento por desempenho medido por meio de indicadores de resultado de algumas condições de saúde, com ênfase nas internações sensíveis à APS e indicadores globais de qualidade como *Net Promoter Score* (NPS) e o próprio PCATool-Brasil. A fim de incorporar ações e procedimentos que não são ainda oferecidas pelos times de APS, estratégias de pagamento do tipo *fee-for-service* podem ser utilizadas temporariamente.

Os indicadores utilizados para a remuneração das equipes de APS devem ser o embrião dos indicadores de processo e, principalmente, de resultados, utilizados para a gestão das carteiras vinculadas à APS. Nesta direção, os indicadores selecionados devem ser aqueles que meçam a força da APS (PCATool-Brasil), a cobertura dos beneficiários, os desfechos intermediários, o NPS e indicadores que reflitam valor em saúde (*Value-Based Healthcare* - VBHC).

Para finalizar, a base de todos esses processos deve ser o estudo dos aspectos sociodemográficos e de saúde da carteira de beneficiários. Para isso, será cada vez mais importante lançar mão de ferramentas da epidemiologia, da ciência de dados, do uso de *big data* e da inteligência artificial para mapear as necessidades em saúde da população sob cuidado, mas principalmente para se antecipar aos eventos mórbidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste capítulo, foi possível perceber um promissor caminho percorrido pelas OPS e pela ANS, rumo à disseminação e ao fortalecimento de estratégias de Atenção Primária na Saúde Suplementar. Para este percurso ganhar velocidade e intensidade, é necessário ampliar os esforços indutores normativos da ANS, como o processo de certificação. Mas, neste sentido, os indicadores que são utilizados atualmente devem ser parcialmente revistos. O mais importante é que eles mostrem a extensão dos atributos da APS e os resultados em saúde alcançados por meio de métricas baseadas no modelo do *Value-Based Healthcare*. Indicadores de estrutura, como os relacionados à composição dos times de APS e à oferta de ações e serviços são menos importantes e trazem rigidez às possibilidades criativas e inovadoras que as estratégias de APS possibilitam no cuidado das pessoas. Ao se buscar mudar o modelo assistencial, deve-se ser rígido nos princípios, atributos e na qualificada gestão de saúde da população, mas flexível na sua operacionalização.

Por fim, a aposta do mercado da Saúde Suplementar na APS deve ser guiada por uma busca incessante para centralizar os processos assistenciais nas pessoas, com foco total no acesso a ações e serviços, na qualidade e na base científica do que é oferecido e na busca por resultado em saúde e sustentabilidade financeira.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, [acesso 2022 abr. 03] 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf

2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, [Internet] 2011. [acessado em 2022 Abril 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

3. Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):433-444, [Internet] 2004. [acessado em 2022 Jan 18]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1054.pdf

4. Vilaça ME. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, [Internet] 2011.Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

5. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei Nº 9.6565, de 3 de junho de 1998. [Internet]. [acessado em 2022 Mar 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial, Organização Pan-americana da Saúde. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, [Internet] 2018. Disponível em: https://apsredes.org/laboratorio-de-inovacao-sobre-experiencias-em-atencao-primaria-na-saude-suplementar/

7. Machado HSV, Melo EAI, De Paula LGN. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. Cad. Saúde Pública [Internet] 2019; 35(11):e00068419. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/QYCh5R6sG59JvS3wQgmFDBw/?lang=pt&format=pdf

8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial, Organização Pan-americana da Saúde. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, [Internet] 2018. Disponível em: https://apsredes.org/laboratorio-de-inovacao-sobre-experiencias-em-atencao-primaria-na-saude-suplementar/

9. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução do conselho de saúde suplementar – CONSU N° 08 de 3 de novembro de 1998. [internet]. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. [acessado em 2022 abr. 11]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3

10. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução normativa nº 259, de 17 de junho de 2011. [Internet]. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos DIPRO. [acessado em 2022 abr. 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0259_17_06_2011.html

11. Ogata AJN et al. Orientações práticas em Saúde Suplementar: tudo o que o cidadão precisa saber. Rio de Janeiro: DOC, 2021. 1ª edição - 64 p.

12. Agência Nacional de Saúde (Brasil). Resolução normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. [Internet]. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020. [acessado em 2022 abr. 14]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==

13. Agência Nacional de Saúde (Brasil). Website. Operadoras selecionadas para o Projeto de Atenção Integral, s/d. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude/projeto-cuidado-integral-a-saude/Operadoras_Selecionadas_APS_120821.pdf

14. Kringos DS, Boerma W, Zee JVD, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. Health Affairs. [Internet] 2013. [acessado em 2022 abr. 14]. Disponível em: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1242#:~:text=Strong%20primary%20care%20was%20associated%2C%20respectively%2C%20with%20higher%20levels%20of,health%20(see%20Exhibit%202%20and

15. OECD - Organization for Economic Cooperation and Development. Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates, 2014.

16. Harzheim E. Previne Brasil: bases da Reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1189-1196, [Internet] 2020. [acessado em 2022 Abr 14]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=pt

17. Norman AH. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):2856.

18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022 [Internet]. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga as Resoluções Normativas nº 305, de 09 de outubro de 2012, e nº 341, de 27 de novembro de 2013. [acessado em 2022 abr. 11]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2MQ==

19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020 [Internet]. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. [acessado em 2022 abr. 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html

20. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet] – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. [acessado em 2022 abr. 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

21. Presidência da República (Brasil). Secretaria-Geral. Subchefia de assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. [Internet]. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 [acessado em 2022 abr. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

22. Yellamaty V, Ball L, Crossland L, Jackson C. General practitioners with special interests: "An integrative review of their role, impact and potential for the future." Australian Journal of General Practice, 48(9), 639–645. [Internet] 2019. [acessado em 2022 abr. 14]. Disponível em: https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.620409115829614

APS
Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar

AsQ
A RESPOSTA
É SAÚDE

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2024

AsQ

A RESPOSTA
É SAÚDE

APS
Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2024